

PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS LIÉS AUX DROGUES EN 2005

TENDANCES RÉCENTES SUR LE SITE DE PARIS

T R E N D

Tendances récentes et nouvelles drogues

Janvier 2007

PREFECTURE DE LA REGION D'ILE-DE-FRANCE REGION ILE-DE-FRANCE

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES

Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

Tendances récentes sur la toxicomanie et les usages de drogues à Paris en 2005

Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND)

Septembre 2006

La coordination du dispositif TREND à Paris et la rédaction du rapport ont été réalisées par Sandrine HALFEN et Isabelle GREMY, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

Nous remercions toutes les personnes qui ont participé au dispositif TREND Paris en 2005 et, en premier lieu, les responsables de l'observation de terrain, Guillaume PFAUS (espace urbain) et Jimmy KEMPFER (espace festif). Leur travail, toujours plus riche, et leurs investigations, chaque fois plus fouillées, constituent un élément déterminant de ce dispositif.

Nous remercions aussi pour leur précieuse collaboration au dispositif TREND les équipes des structures intervenant auprès des usagers de drogues (Aides-Audvih, A.S.U.D., Beaurepaire, Ego/Step, Nova Dona, Sida Paroles/Lapin Vert et Techno+) ainsi que les participants aux groupes focaux, professionnels de santé et fonctionnaires de police.

Nos remerciements s'adressent également à Jean BENET, chef de projet Toxicomanie de la Préfecture de Paris et à son adjointe, Catherine YUEN, pour l'aide apportée lors de la réalisation du groupe focal réunissant des fonctionnaires de police ainsi que Lila OUDAYA, Institut de veille sanitaire, et Catherine DUPLESSY, Association SAFE, pour les données transmises (respectivement SIAMOIS et distribution de seringues dans les automates).

Enfin, nous remercions l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies dont le financement a permis la réalisation de cette étude ainsi que l'équipe TREND de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Agnès CADET-TAÏROU, Abdalla TOUFIK, Michel GANDILHON, Isabelle EVRARD, Valérie MOUGINOT, pour leur aide précieuse et leur amical soutien.

Sommaire

Introduction

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a mis en place depuis 1999 un dispositif national intitulé TREND, Tendances récentes et nouvelles drogues, visant à repérer les nouvelles tendances de consommation de produits psychoactifs. Ce dispositif repose en 2005 sur un réseau de sept sites d'observation en France métropolitaine[1]. La coordination de chaque site d'observation est réalisée au niveau local et l'OFDT assure la coordination du réseau des sites.

Ce dispositif repose, au niveau de chaque site, sur le recoupement des informations obtenues selon différents types de démarches : une observation de type ethnographique en milieu festif et en milieu urbain, la réalisation de groupes focaux associant, d'une part, des professionnels du domaine sanitaire et, d'autre part, des acteurs de la police et de la justice, la passation de questionnaires qualitatifs auprès d'équipes en charge des structures de première ligne et d'associations de réduction des risques intervenant dans les événements festifs de culture techno.

L'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France assure depuis 2002 la coordination de TREND pour le site francilien[2] mais ce site a été intégré au dispositif TREND dès 1999.

---

1 Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse.

2 **En 2004** : S. Halfen, I. Grémy, Tendances récentes sur la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2004, TREND, Rapport ORS Ile-de-France, avril 2005 et P.Y. Bello, A. Toufik, M. Gandilhon, I. Evrard, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004*, Sixième rapport national du dispositif TREND, OFDT, décembre 2005.

En 2003 : S. Halfen, I. Grémy, *Etat des lieux de la toxicomanie et Phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2003*, Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND), ORS Ile-de-France, juin 2004 et P.Y. Bello, A. Toufik, M. Gandilhon, I. Giraudon, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003*, Cinquième rapport national du dispositif TREND, OFDT, octobre 2004.

En 2002 : S. Halfen, I. Grémy, *Phénomènes émergents liés aux drogues à Paris et en Seine-Saint-Denis en 2002*, Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND), ORS Ile-de-France, septembre 2003 et OFDT, *Observations locales des drogues, Observations sur les usagers de drogues en 2002 dans douze sites en France*, rapports locaux du réseau des sites TREND, OFDT, mai 2003, P.Y. Bello, A. Toufik, M. Gandilhon, I. Giraudon, N. Bonnet, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002*, quatrième rapport national du dispositif TREND, OFDT, juin 2003.

Les rapports de l'ORS Ile-de-France sont disponibles sur le site : www.ors-idf.org et les documents de l'OFDT sur le site : www.ofdt.fr.

Le rapport TREND 2005 relatif à Paris

Le présent rapport relatif à l'observation TREND à Paris en 2005, qui alimentera le rapport national réalisé par l'OFDT à paraître prochainement, se compose de cinq chapitres.

Outre le premier, qui présente la méthode de ce dispositif d'observation, le second chapitre a pour principal objectif de fournir quelques données quantitatives de cadrage sur la toxicomanie à Paris, et plus généralement en Ile-de-France. Ces données sont issues de différentes sources d'informations disponibles (données de ventes de produits de substitution aux opiacés, de matériel stérile d'injection, d'infractions à la législation sur les stupéfiants, de décès par surdose).

Les chapitres suivants s'attachent à fournir une analyse basée en grande partie sur les observations réalisées en 2005 dans le cadre du dispositif TREND à Paris.

Le premier de ces chapitres (chapitre 3) présente une approche transversale des observations, et non une approche par produit, et porte sur les caractéristiques des usagers et leur état de santé ainsi que sur les contextes de consommation et l'organisation des trafics.

Le second de ces chapitres (chapitre 4) traite, en revanche, les usages avec une approche par produit. Seront donc abordés : le cannabis, les opiacés (héroïne, opium, buprénorphine haut dosage, méthadone, sulfates de morphine, codéine), les produits stimulants (cocaïne, crack/free base, ecstasy, amphétamines), les produits hallucinogènes de synthèse (LSD, kétamine, GHB, protoxyde d'azote, solvant, poppers), les produits hallucinogènes d'origine naturelle (champignons hallucinogènes, salvia divinorum, DMT-ayahuasca, LSA-rose de bois, kratom, datura) et les médicaments psychotropes détournés.

Pour chacun de ces produits, une première partie porte plus strictement sur le produit (sa disponibilité, son prix, les trafics) et une seconde plus spécifiquement sur les consommateurs (leurs caractéristiques, leur perception du produit, leurs modalités d'usage et les problèmes sanitaires associés à l'usage du produit).

Dans ces deux chapitres, l'accent est plus particulièrement mis sur les phénomènes émergents liés aux usages et aux usagers *:* nouveaux groupes de consommateurs ou modifications des caractéristiques des usagers, changements dans les procédures de préparation, dans les modes d'administration et dans les associations de produits, modifications du trafic et de sa visibilité, apparition ou disparition d'un problème de santé en relation avec la prise d'un produit, etc.

Enfin, le dernier chapitre (chapitre 5) développe deux investigations spécifiques conduites durant l'année 2005 à Paris et permettant d'approfondir nos connaissances sur des aspects pour lesquels il nous semblait nécessaire de pouvoir disposer de données complémentaires, compte tenu des observations qui avaient été conduites en 2004. Ces deux thèmes sont :

- les usagers de produits psychoactifs et les modalités d'usages parmi les personnes migrantes récemment arrivées en France
- les caractéristiques des usagers de drogues du milieu festif dans l'espace urbain et leur recours au dispositif de réduction au dispositif de première ligne et de soins

1. Méthode

Organisation et modalités de fonctionnement du dispositif TREND[3]

Le dispositif TREND

L'objectif du dispositif TREND de l'OFDT est de fournir aux décideurs, professionnels et usagers, des éléments de connaissance sur les phénomènes émergents liés aux usages de drogues en France. Les phénomènes émergents recouvrent, soit des phénomènes nouveaux, soit des phénomènes existants mais qui n'avaient pas été détectés par les systèmes d'observation en place. La mise à disposition précoce d'éléments de connaissance doit permettre aux différents acteurs investis dans le champ de la toxicomanie d'élaborer des réponses que ce soit au niveau de la décision publique, des activités professionnelles des uns et des autres ou au niveau du comportement individuel. Cet usage des informations produites doit permettre une meilleure protection des usagers et de la population en général.

Le dispositif vient en complément des grandes sources traditionnelles d'information. L'observation est orientée en priorité en direction des substances illicites à faible prévalence d'usage, lesquelles échappent généralement aux dispositifs d'observation classiques.

Dans ce cadre, six thématiques principales ont été définies, qui structurent les stratégies de collecte et d'analyse des informations :

- les populations émergentes d'usagers de produits ;
- les produits émergents ;
- les modalités d'usage de produits ;
- les dommages sanitaires et sociaux associés à la consommation de drogues ;
- les perceptions et les représentations des produits ;
- les modalités d'acquisition de proximité.

3 La partie sur l'organisation et les modalités de fonctionnement du dispositif TREND est extraite de la synthèse nationale de l'ensemble des sites : Bello P.-Y. et *al.*, 2004, op. cit., pp. 14-19.

Deux espaces principaux d'observation ont été choisis : « l'espace urbain » et « l'espace festif ». Il s'agit d'espaces sociaux considérés comme innovateurs en termes d'usage de nouveaux produits et de modalités d'usage des produits et qui en même temps permettent une ouverture à certaines formes d'observation. Il y est donc possible de collecter des informations et la probabilité d'observer des phénomènes nouveaux y est élevée.

L'espace urbain concerne, pour l'essentiel, des personnes que l'on peut rencontrer dans les structures d'accueil dites de « bas seuil » ou de première ligne (boutiques et programmes d'échange de seringues), certains centres de soins spécialisés et les lieux « ouverts » tels la rue et les squats.

L'espace festif désigne les lieux où se déroulent des événements festifs, le plus souvent mais pas exclusivement, relevant de la culture techno et ce quel que soit le type d'événements, qu'il ait lieu dans le cadre d'un club, d'un teknival, d'une free-partie voire d'une soirée privée.

Le choix d'investiguer en priorité ces deux espaces ne signifie nullement qu'ils épuisent à eux seuls la réalité de l'usage de drogues en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. […]

Les outils de collecte d'information du dispositif

TREND s'appuie sur des outils de recueil continu coordonnés par l'OFDT, des investigations spécifiques ou des thèmes particuliers et sur des systèmes d'information partenaires.

Les outils coordonnés par l'OFDT comportent :

- **le réseau des sites TREND :** [sept] sites ayant une stratégie commune de collecte et d'analyse d'informations ;
- **le système SINTES :** dispositif d'analyse toxicologique d'échantillons de drogues de synthèse saisis et collectés ;
- **les investigations spécifiques/thèmes particuliers** sont des enquêtes qui peuvent porter sur l'approfondissement d'une thématique identifiée par le dispositif, sur l'exploration d'un espace social particulier (milieu rock, prostitution par exemple) ou sur l'élaboration de nouveaux outils d'observation.

Les systèmes d'information partenaires complémentaires :

- **L'enquête OPPIDUM** du réseau des Centres d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances (CEIP) appuyé par l'AFSSAPS. Il s'agit d'une enquête d'observation et de surveillance multicentrique réalisée chaque année au mois d'octobre durant quatre semaines. Son objectif est de surveiller l'évolution de la consommation des substances psychoactives consommées par les sujets présentant une pharmacodépendance et d'évaluer le potentiel d'abus et de dépendance des médicaments. Le recueil d'information se fait auprès de personnes présentes dans des structures sociales et sanitaires. OPPIDUM offre une description des usagers fréquentant des structures de soins, essentiellement des centres de soins spécialisés. En 2004 a été réalisée la seizième édition de cette enquête annuelle.
- **Le système SIAMOIS** (Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution) de l'Institut de veille sanitaire (InVS), observe l'évolution dans le temps des ventes en pharmacie de matériel d'injection destiné aux usagers de drogues et de produits de substitution (méthadone, buprénorphine haut dosage).
- **L'enquête sur la santé et les consommations lors de l'Appel de préparation à la défense** (ESCAPAD) de l'OFDT, qui traite, sur la base d'une enquête quantitative, des consommations de substances psychoactives chez les jeunes de 17/18 ans. Un échantillon représentatif des adolescents qui passent leur journée d'appel de préparation à la défense remplit un questionnaire auto-administré et strictement anonyme qui porte sur leur santé, leur mode de vie, leurs consommations et les contextes d'usage de produits psychoactifs.
- **Les analyses toxicologiques sur les saisies de produits psychotropes** illicites réalisées par les réseaux des laboratoires de la police scientifique, des douanes et de la gendarmerie. Des données synthétiques sur les résultats de ces analyses sont communiquées à l'OFDT.

Le réseau des sites

Le réseau des sites est placé depuis l'année 2001 sous la responsabilité de [sept] coordinations locales chargées d'assurer la réalisation de la collecte des informations nécessaires à l'identification des phénomènes émergents liés à l'usage de drogues. Celles-ci ont été mises en place après deux années de fonctionnement du dispositif afin de disposer d'un interlocuteur pour chaque site permettant d'épouser au plus près les réalités du terrain. L'objectif de ces coordinations est d'assurer, en partenariat avec la coordination nationale, la constitution et la pérennité d'un réseau local de collecte et d'analyse des informations et de rédiger un rapport annuel local rendant compte des évolutions constatées sur leur site.

Les outils de collecte au niveau local

Les outils de collecte dont disposent les coordinations locales sont les suivants :

- des observations de type ethnographique réalisées auprès des usagers des espaces urbain et festif techno ;
- des questionnaires qualitatifs remplis par des équipes en charge de structures bas seuil, des associations de santé communautaire ou de réduction des risques dans le cadre du mouvement festif techno et des associations d'usagers ;
- des groupes focaux réunissant des professionnels investis dans les champs sanitaires et répressifs et des usagers impliqués notamment dans les groupes d'autosupport ;

Les **observations de type ethnographique** sont réalisées dans les espaces urbain et festif techno par des enquêteurs familiers du terrain. Ces derniers s'intéressent particulièrement à la consommation de produits psychoactifs et aux phénomènes qui lui sont associés (préparation, vente, sociabilités spécifiques). Ces observateurs sont recrutés par le coordinateur local. Chacun est tenu de transmettre chaque mois ses observations. Trois notes de synthèse par espace sont rédigées au cours d'une année. […].

Les **questionnaires qualitatifs** reposent sur des questionnaires semi-ouverts adaptés à la réalité de chaque espace portant sur chacune des substances faisant partie du champ d'investigation du dispositif TREND. Les substances investiguées pour les deux espaces sont entre autres : héroïne ; buprénorphine haut dosage (Subutex®) ; sulfate de morphine (Skenan®, Moscontin®) ; méthadone ; codéine ; cocaïne ; crack/free-base ; cannabis ; flunitrazépam (Rohypnol®) ; trihexiphénidyle (Artane®) ; autres benzodiazépines ; solvants ; ecstasy ; amphétamines ; kétamine ; LSD ; opium/rachacha ; champignons hallucinogènes. Pour chaque produit, les thèmes abordés sont relatifs à la disponibilité, à l'accessibilité, au prix, à la préparation, au mode d'administration, aux problèmes de santé, aux caractéristiques des consommateurs, à la perception du produit, et au petit trafic.
Pour l'espace urbain, les questionnaires sont remplis, en collaboration avec le coordinateur, par les équipes des structures bas seuil partenaires du réseau local. Pour l'espace festif techno, le remplissage est confié à des associations travaillant sur la réduction des risques intervenant dans cet espace.

Le recours aux « groupes focaux » s'inspire de leur utilisation par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) lors de diagnostics rapides de situation. Il s'agit de réunir des personnes ayant une thématique commune, mais des pratiques et des points de vue diversifiés. Il est ainsi possible d'observer des convergences d'opinion (ou des divergences) sur l'absence, l'existence, le développement de tel ou tel phénomène et de faire émerger de manière rapide des connaissances sur des évolutions relativement récentes. […]

[Deux groupes focaux doivent être réalisés] :

- les groupes focaux sanitaires, qui rassemblent des professionnels investis dans la prise en charge sanitaire non exclusive d'usagers de drogues (psychiatre, urgentiste, infirmière, généraliste, infectiologue…). Ces groupes doivent essentiellement fournir des informations sur les phénomènes de comorbidité associés à l'usage de drogues ;
- les groupes focaux « Répressifs », qui réunissent des professionnels de l'application de la loi amenés à rencontrer fréquemment des usagers de drogues (police, douanes, justice…). Ces groupes doivent essentiellement fournir des informations sur les évolutions récentes du petit trafic ; […]

La plupart des coordinations TREND […] sont partie prenante du système SINTES (Système d'identification national des toxiques et des substances). La base de données SINTES vise à identifier, par le biais d'analyses toxicologiques de produits de synthèse, les nouvelles tendances (suivi épidémiologique) et les nouveaux produits (identification de molécules ou d'associations de molécules inconnues jusqu'alors). Les collectes réalisées au niveau local permettent de disposer d'informations sur la composition des drogues de synthèse qui circulent dans une région donnée.

Le rapport de site

[…] Chaque site produit un rapport qui est le fruit d'un processus de confrontations des données disponibles aboutissant à une synthèse des faits qui paraissent les plus pertinents et les plus confirmés. Le système d'information français sur les drogues se trouve ainsi enrichi de connaissances découlant directement des observations quotidiennes des acteurs de terrain, quels qu'ils soient.

La rédaction des rapports de site est sous la responsabilité de chacun des coordinateurs de site. Une charte de rédaction et une structure communes ont été établies conjointement par les coordinateurs et l'OFDT. Toutefois, chaque site peut adapter le plan en fonction des problématiques locales.

Les méthodes de travail utilisées à Paris en 2005

Observation des usages dans l'espace urbain et dans les espaces festifs

Depuis 2003, le recueil des données de type ethnographique (ou observation des usages) dans le dispositif TREND est réalisé sous la responsabilité d'une personne chargée de mettre en place un réseau d'observateurs de terrain (ou « informateurs » ou « observateurs-clés ») disposant, indépendamment de leur participation au dispositif TREND, d'informations sur les consommations de produits psychoactifs.

Ces observateurs, souvent eux-mêmes usagers de drogues, permettent de favoriser un accès à un nombre d'informations d'autant plus élevé que leur composition est hétérogène, en termes d'accessibilité à un groupe (âge, sexe, produits consommés, quartiers et événements festifs fréquentés, etc.).

Pour la troisième année consécutive, la responsabilité de cette observation dans l'espace urbain a été confiée à Guillaume PFAUS (chef de service pédagogique du centre d'accueil et de réduction des risques EGO et doctorant en anthropologie) et celle de l'observation dans les espaces festifs à Jimmy KEMPFER (chef de projet à l'association Liberté).

Durant l'année 2005, dix notes de synthèse ont été réalisées (cinq pour l'espace urbain et cinq pour les espaces festifs), comprenant un point d'analyse sur au moins un des thèmes d'investigations spécifiques conduites durant l'année à Paris :

- les usagers de produits psychoactifs et les modalités d'usages parmi les personnes migrantes récemment arrivées en France ;
- les caractéristiques des usagers de drogues du milieu festif dans l'espace urbain et leur recours au dispositif de première ligne et de soins.

Chacune des notes de synthèse, d'une quinzaine de pages, a été organisée selon le plan suivant :

- aspects méthodologiques : sources d'informations, lieux du recueil, limites au recueil, etc. ;
- les contextes de consommation : par exemple, pour l'espace urbain, les lieux de vie des usagers, le recours au dispositif de première ligne, la question des trafics, etc. Pour les espaces festifs, les caractéristiques des consommations selon les types de fêtes (free parties, clubs et raves légales, milieu gay ou non) ;
- les produits consommés : disponibilité, accessibilité, prix, perception du produit, mode d'usage, caractéristiques des consommateurs, etc. ;
- approfondissement des thèmes d'investigation.

Recueil des données auprès de structures de première ligne et d'associations de réduction des risques intervenant en milieu festif

Une enquête qualitative par questionnaire visant à réaliser un état des lieux de l'usage de drogues dans l'espace urbain et dans l'espace festif a été conduite fin 2005. Les équipes qui ont participé à ce recueil sont celles de quatre structures de première ligne, d'une association réalisant des actions de réduction des risques dans les espaces festifs, d'une structure intervenant dans l'espace urbain et dans l'espace festif ainsi que, pour la première année dans le dispositif TREND Paris, d'une structure mobile conduisant, dans l'espace urbain, des actions de prévention en direction de jeunes, notamment qui fréquentent les espaces festifs :

- AIDES-AUDVIH (espace urbain, 1er arrondissement)
- BEAUREPAIRE (espace urbain, 10ème arrondissement)
- EGO / STEP (espace urbain, 18ème arrondissement)
- NOVA DONA (espace urbain, 14ème arrondissement)
- Association TECHNO+ (espace festif, www.technoplus.org)
- A.S.U.D. (espaces urbain et festif, www.asud.org)
- SIDA PAROLES / LAPIN VERT (jeunes rencontrés dans l'espace urbain, campus de l'Université de Paris X-Nanterre)

Groupes focaux

Un groupe focal « Sanitaire » et un groupe focal « Police » ont été réunis en 2005. Le premier, réalisé en décembre 2005, a réuni des professionnels de santé. Le second, en décembre 2005, a réuni des fonctionnaires de police. Un compte-rendu de chacun des groupes a été réalisé par l'ORS Ile-de-France, adressé à tous les participants pour validation.

Les espaces et les populations étudiés à Paris en 2005

La collecte des données pour le site TREND à Paris concerne l'ensemble du territoire de la ville et le dispositif a tenté de favoriser l'accès le plus large aux informations et le recoupement de celles-ci, afin d'en garantir une plus grande fiabilité.

Des observateurs différenciés géographiquement et intervenant auprès d'usagers variés

Les **structures de première ligne**, partenaires de TREND, sont réparties dans différentes zones : au nord-est de Paris, EGO (18ème arrondissement, dans le dispositif TREND depuis 2001), au nord de Paris (plus central), Beaurepaire (10ème arrondissement, dans le dispositif TREND depuis 2004), au centre de Paris, Aides-Audvih (1er arrondissement, dans le dispositif TREND depuis 2003), au sud de Paris, Nova Dona (14ème arrondissement, dans le dispositif TREND depuis 2002).

Ces structures reçoivent aussi des publics très différents : usagers de crack dans des situations de grande marginalité pour EGO, usagers injecteurs à STEP, le Programme d'échange de seringues d'EGO, usagers de médicaments détournés parmi des personnes étrangères en situation irrégulière de séjour pour Beaurepaire, personnes très désocialisées consommatrices de médicaments détournés pour Aides-Audvih, personnes relativement insérées, sous traitement de substitution aux opiacés pour Nova Dona.

Les **structures de réduction des risques dans les espaces festifs**, partenaires de TREND, interviennent aussi dans des espaces différents. La structure Techno+ intervient exclusivement dans des fêtes techno (raves, free parties et teknivals). La seconde structure (A.S.U.D.) intervient, quant à elle, dans les free parties à tendance hardcore ainsi que dans les clubs (gays ou non).

Les professionnels de santé ainsi que les fonctionnaires de police réunis lors des deux **groupes focaux** permettent aussi, du fait de leur structure de rattachement et/ou de leurs zones d'intervention différenciées, d'accéder à de nombreuses informations : hôpitaux, services, secteurs différents pour les professionnels de santé, arrondissement des commissariats, services différents pour les fonctionnaires de police.

- Le groupe focal « Sanitaire » a été réuni en décembre 2005. Il était principalement composé de praticiens (médecins généralistes, psychiatres, pharmacien) intervenant en milieu carcéral, dans des équipes de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues (ECIMUD), des centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST), des services d'urgences hospitaliers, des associations ou en libéral dans le cadre de réseaux de prise en charge des toxicomanes.

- Le groupe focal « Police » a été réuni en décembre 2005. Il était composé de fonctionnaires de police de la Brigade des Stupéfiants de Paris, de fonctionnaires de différents commissariats parisiens (1er, 4ème, 10ème, 15ème, 18ème, 19ème) et de fonctionnaires de différents services : Service d'accueil, de recherche et d'investigation judiciaire (SARIJ), Groupe de recherche et d'investigation (GRI), Service de prévention, d'études et d'orientation anti-délinquance (SPEOAD) ainsi que du chef de projet Toxicomanie de la Préfecture de Paris.

Une observation de terrain basée sur le recoupement des témoignages

L'observation de terrain réalisée dans l'espace urbain et dans les espaces festifs repose sur de nombreux témoignages d'usagers de drogues et/ou de personnes pouvant être impliquées dans les trafics de produits stupéfiants ou de médicaments détournés, ayant des caractéristiques variées.

Dans l'espace urbain, les cinq notes d'observations ont été réalisées à partir de divers témoignages recueillis auprès d'usagers de drogues, régulièrement ou ponctuellement mobilisés pour le dispositif d'observation, ainsi qu'avec des personnes impliquées à différents titres dans

le phénomène de la toxicomanie en milieu urbain parisien (revendeurs, intervenants socio-sanitaires, etc.). Ces notes ont été complétées par des conversations informelles avec des usagers présentant également des profils variés ainsi que par des observations *in situ* de différents types de lieux de *deal* ou de consommation de drogues. Les personnes interrogées ont été sélectionnées avec le souci de couvrir du mieux possible l'ensemble des produits consommés et des espaces urbains concernés par ces consommations. Les informations obtenues ont été croisées avec des données provenant de différentes sources, principalement de professionnels intervenant dans le champ de la toxicomanie.

Cependant, le dispositif d'observation, constitué d'un réseau d'usagers-observateurs-clés chargés de témoigner de faits ayant trait à la consommation de drogues constatés par eux-mêmes ou rapportés par leur entourage, n'a pu être reconduit tel qu'il se présentait en 2004. En effet, seules certaines personnes ayant participé au dispositif en 2004 ont pu être recontactées, dans la mesure où, parmi les informateurs habituellement sollicités, trois purgent des peines de prison liées à des infractions à la législation sur les stupéfiants, deux sont partis en postcure, enfin, d'autres ont été perdus de vue. Par conséquent, le dispositif a dû être reconstruit durant le premier trimestre de l'année 2005. De nouvelles personnes ont été contactées dans ce but. Le premier critère ayant présidé au choix de ces personnes a été la connaissance qu'elles avaient des principaux lieux de trafic et de consommation de drogues de la ville (nord-est parisien, quartier de Strasbourg-Saint-Denis, quartier des Halles, etc.). Ce choix a été, par la suite, affiné de sorte à ce que le réseau comprenne un mini-panel d'usagers-observateurs qui soit le plus représentatif possible de la diversité des consommations, des modalités d'usages et des types de population qui composent le phénomène de la drogue en milieu urbain à Paris.

Dans l'espace festif, les cinq notes d'observations ont également été réalisées à partir de différents témoignages recueillis auprès de personnes fréquentant divers types d'espace festif. Les observations ont en effet porté à la fois sur des personnes fréquentant des événements techno de type alternatif (free parties, teknivals), mais aussi sur des personnes fréquentant des espaces festifs commerciaux (clubs, discothèques, bars, soirées privées, concerts, etc.) de différentes cultures musicales, avec néanmoins une dominante pour les musiques électroniques.

En 2005, les informations ont été recueillies dans différents contextes :

- lors de sorties de prospection et d'observation dans des discothèques, des lieux « branchés », des fêtes privées, des festivals à Paris (tels les soirées House « Terrassa » à la péniche Concorde Atlantique, La Scène à la Bastille, « L'After » ou « Before » Follow Me à la Bastille, les soirées Drum N Bass au Batofar, le Gibus, le Rollerpark d'Ivry sur Seine, etc.) ;
- lors de sorties de prospection et d'observation dans des petites free parties (100 à 300 participants) en Ile-de-France ou des teknivals en province ;
- lors de diverses discussions avec des personnes intervenant dans le champ associatif relatif aux drogues, militants ou personnel associatif, qui fournissent également des informations relatives aux consommations. Il s'agit principalement de la Mission Rave de Médecins du Monde, Techno+, Aides-Audvih, Aides Arc en Ciel, A.S.U.D., Boutique Charonne, Arcat sida, association Liberté, Sida Paroles / Lapin Vert ;
- lors d'entretiens avec de jeunes patients issus de la mouvance festive venant au CSST Clinique Liberté (Hauts-de-Seine), CSST Nova Dona (14ème arrondissement) ou le Bus méthadone de Médecins du Monde pour des soins, notamment des traitements de substitution aux opiacés ;
- lors d'entretiens avec des personnes technopunks ou teuffeurs, nomades ou en situation d'errance, rencontrées lors d'explorations dans le quartier de la Bastille, des Halles et du Marché aux fleurs de l'île de la Cité et dans le 14ème arrondissement ainsi que dans des squats à Paris et en proche banlieue (Montreuil, Créteil, Saint- Ouen, Gennevilliers) ;
- lors de l'enquête, avec recueil d'échantillons, auprès de jeunes consommateurs de cannabis (TREND/OFDT) ;
- lors de diverses discussions avec des activistes du milieu alternatif militant pour une dépénalisation de l'usage des drogues qui ont souvent une bonne connaissance des sous-cultures liées à l'usage des drogues naturelles ;
- lors d'entretiens avec des personnes contactées par le biais de sites Internet communautaires consacrés aux drogues hallucinogènes ;

- lors d'entretiens avec des personnes issues du milieu communautaire techno et qui revendiquent une identité culturelle de type « TRANCE GOA » ;
- lors des rencontres avec des personnes relais, à l'occasion de la collecte des échantillons SINTES ;
- lors d'entretiens divers : musiciens, organisateurs de soirées « House » et « Elektro », modérateurs de *Chat* sur Internet, médecins, pharmaciens, personnel de structures socio-éducatives de quartier.

Les informations relatives à **l'espace festif gay** ont été recueillies par le biais de deux collecteurs SINTES apparentés au milieu festif techno gay. L'un est acteur de prévention spécialisé dans ce milieu pour Arcat sida. L'autre est acteur de prévention et de réduction des risques pour Aides Ile-de-France. Lors de sorties exploratoires dans des clubs et bars gays, divers témoignages ont été recueillis de personnes âgées de 18 à 50 ans fréquentant les clubs et bars gays et consommant des drogues stimulantes. Les données viennent également de discussions informelles avec des militants de Aides et d'Act Up

Toutes les données recueillies en 2005 dans le cadre du dispositif TREND à Paris, à travers les différentes méthodes présentées ci-dessus, ont été informatisées puis classées par produit et par thème à partir d'une base d'organisation des données fournie par l'équipe TREND de l'OFDT[4]. Ainsi, pour chaque produit, les informations ont été « classées » selon différents thèmes (une information pouvant apparaître dans plusieurs thèmes) *:* Disponibilité, Accessibilité, Prix**,** Préparation-temporalité, Mode d'administration, Effets-fréquence-intensité, Régulation-polyconsommation, Santé, Groupes de consommateurs, Perception des usagers, Perception des non-usagers, Appellations, Petit trafic, Scène ouverte. Les informations qui n'étaient pas relatives à un seul produit ont été « classées » dans des thèmes plus transversaux permettant de caractériser les usagers ou les contextes des consommations.

Les données pour Paris ont donc été confrontées les unes aux autres pour conduire les analyses présentées dans ce rapport.

4 Il s'agit d'une base réalisée à partir du logiciel QSR Nvivo®.

Contributions au dispositif TREND à Paris en 2005

Observation des usages dans les espaces urbains et festifs

- Responsable de l'observation de terrain dans l'espace urbain *:* **Guillaume PFAUS**.
- Responsable de l'observation de terrain dans les espaces festifs *:* **Jimmy KEMPFER**, avec comme collaborateurs principaux Benoît DELAVAULT, Richard BUCKNALL et Laure SCHNEIDER.

Enquête par questionnaire qualitatif auprès des équipes des structures de première ligne et des associations de réduction des risques

Milieu urbain

- **Espoir Goutte d'Or** *:* Paris, 18ème. Recueil des données réalisé par Arnaud PENDRIE.
- **Nova Dona** *:* Paris, 14ème. Recueil des données réalisé par Sébastien REICHMAN, Roza RAMDANI, Mathilde SACHET, Catherine VALEZY.
- **Aides – Audvih** *:* Paris, 1er. Recueil des données réalisé par Jean-Jack LE BACQUER, Laurent GERLAUD, Audrey HUET-STEPHAN.
- **Centre Beaurepaire** *:* Paris, 10ème. Recueil des données réalisé par Eric DELCOURT, Pascal MINEAU, Emilie QUENTIN, François GUEI, Brahim RIACHY, Marion de ROCCO, Benoit COEFFIC, François DIOT.

Milieu festif

- **Techno+** : Recueil des données coordonné par Clémence EVENO avec la participation des volontaires de Techno+.

Milieu urbain et festif

- **A.S.U.D. :** Recueil des données coordonné par Etienne MATTER avec la participation de Jean-Pierre GALLAND, Phuong-Tao CHARPY, Lionel SALAUN, Gérald SANCHEZ et quatre des usagers de la structure.
- **Sida Paroles / Lapin Vert** *:* Recueil des données coordonné par Jimmy KEMPFER avec la participation de l'équipe de Sida Paroles / Lapin Vert.

Groupes focaux

Groupe focal « Sanitaire » :

Les personnes suivantes étaient présentes lors de la réunion du groupe focal le 6 décembre 2005 :

- Mme Elisabeth AVRIL, coordinatrice médicale et administrative du Bus Méthadone Paris de Médecins du Monde
- M. Marc BARY, médecin (accompagné d'une infirmière), Centre Croix Rouge du Moulin Joly à Paris
- Mme Samira DJEZZAR, Praticien attaché, CEIP, Hôpital Fernand-Widal, Paris
- Mme Anne KEREVEN, médecin, Programme d'échange de seringues de Médecins du Monde, Paris
- Mme Katia ILLEL, psychiatre, praticien hospitalier, médecin directeur du Département d'Addictologie, Service Medico-Psychologique Régional (SMPR) de la Maison d'Arrêt de la Santé, Paris
- M. Yves-André EDEL, psychiatre, praticien hospitalier, coordinateur de l'ECIMUD de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris
- M. Philippe JAURY, médecin généraliste libéral, Paris 15ème, Réseau Rive Gauche, médecin de garde dans certaines salles de spectacle (Olympia, La Cigale, Zénith, etc.)
- M. Frédéric BAUD, professeur des universités, praticien hospitalier, chef de service Réanimation médicale et toxicologique (Réatox), Hôpital Lariboisière – Fernand-Widal, Paris
- M. Nicolas BONNET, pharmacien attaché, ECIMUD de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris
- Mme Gwenaelle Le GUERROUE, praticien hospitalier, Service des urgences de proximité de l'Hôpital Hôtel Dieu, Paris

Groupe focal « Police » :

Les personnes suivantes étaient présentes lors de la réunion du groupe focal le 8 décembre 2005 :

- Monsieur Bruno AGNERAY, Commandant de Police, Service d'Accueil, de Recherche et d'Investigation Judiciaire (SARIJ) du 15ème arrondissement, Commissariat central du 15ème arrondissement
- Monsieur Jean-François BALLESTEROS, Commandant fonctionnel, Brigade des Stupéfiants de Paris (BSP)
- Monsieur Jean BENET, chef de projet Toxicomanie, Préfecture de Paris
- Madame Marie-Claude BOISSON, Commandant fonctionnel, BSP, Direction de la Police Judiciaire (DPJ)
- Monsieur Pierre BRUGAT, Commissaire, Chef SARIJ du 19ème arrondissement, Direction de la Police Urbaine de Proximité (DPUP), Commissariat du 19ème arrondissement
- Monsieur Olivier BRUN, Lieutenant de Police, SARIJ du 1er arrondissement
- Monsieur Roland DESQUESNES, Commissaire de Police, SARIJ du 18ème arrondissement, DPUP
- Monsieur Christophe FAYOLLE, Capitaine de Police, SARIJ du 18ème arrondissement, Groupe de Recherche et d'Investigation (GRI)
- Monsieur Didier GOLDSTEIN, Commandant de Police, SARIJ du 4ème arrondissement
- Monsieur Alexandre GROS, Lieutenant de Police, SARIJ du 10ème arrondissement
- Monsieur Olivier GUERRY, Lieutenant de Police, DPUP, Chef de l’Unité Prévention Jeunesse, Service de Prévention, d’Etudes et d’Orientation Anti-Délinquance (SPEOAD)
- Monsieur Fabien LE BARS, Lieutenant de Police, SARIJ du 10ème arrondissement, GRI du 10ème arrondissement
- Madame Catherine PEREZ, Commissaire Principal, Chef adjoint de la BSP, DPJ
- Madame Catherine YUEN, adjointe au chef de projet Toxicomanie, Préfecture de Paris.

Nous remercions toutes ces personnes, ainsi que les observateurs-clés participant au dispositif, pour leur précieuse collaboration à TREND Paris.

2. Points de repères sur la toxicomanie à Paris

Tableau 1 : Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions en 2003/2004 à Paris, en Ile-de-France et en France

	Paris	Rang *	**Ile-de-France**	Rang *	**France**
Recours au système médico-social durant le mois de novembre en 2003 (1)	3 344	1	7 778	1	32 207
Recours pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans	43,3	2	22,6	6	19,7
Ventes de Stéribox® en pharmacie de ville en nombre d'unités en 2003 (2)	138 099	1	467 872	1	2 648 945
Ventes de Stéribox® en pharmacie de ville pour 100 habitants de 20 à 39 ans	17,9	28	13,6	10	16,2
Taux de croissance des ventes de Stéribox® en pharmacie de ville par rapport à 2002 (%)	-6,9	80	-5,6	22	1,8
Ventes de Subutex® en pharmacie de ville en nombre de boîtes en 2003 (3)	510 079	1	1 203 203	1	5 871 619
Ventes de boîtes de Subutex® en pharmacie de ville pour 100 habitants de 20 à 39 ans	66,0	5	35,0	10	36,0
Taux de croissance des ventes de Subutex® en pharmacie de ville par rapport à 2002 (%)	3,0	71	3,3	21	6,5
Décès par surdoses en 2004 (4)	10	1	30	1	69
Décès par surdoses pour 100 000 habitants de 20 à 39 ans	1,3	7	0,9	1	0,4
Interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy en 2004 (4)	620	2	1 575	1	7 816
Interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans	8,0	11	4,6	7	4,8
Taux de croissance des interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy par rapport à 2003 (%)	-43,1	87	-28,4	22	-4,5
Interpellation pour usage de cannabis en 2004 (4)	3 705	3	25 825	1	89 659
Interpellations pour usage de cannabis pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans	36,1	36	52,0	1	36,7
Taux de croissance des interpellations pour usage de cannabis par rapport à 2003 (en %)	20,6	38	12,3	12	12,1

* Rang du département (ou de la région) par rapport à l'ensemble des départements (ou par rapport à l'ensemble des régions)

Source *:* OFDT, Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions (ILIAD)

(1) Source *:* Enquête du mois de novembre 2003 sur la prise en charge des toxicomanes dans les structures médico-sociales, DREES (recours suivant le département de domicile) *;* les chiffres se rapportent aux prises en charge du mois de novembre (et non de l'année)
(2) Source *:* SIAMOIS / InVS, 2003
(3) Source *:* SIAMOIS / InVS, 2003 *;* le Subutex® est vendu sous différents conditionnements. L'ensemble des quantités est ici exprimé en nombre de boîtes "théoriques" de 7 comprimés dosés à 6 mg
(4) Source *:* OCRTIS, 2004 ; seuls sont classés les départements où plus d'un décès a été enregistré

Paris est un département très confronté à la toxicomanie

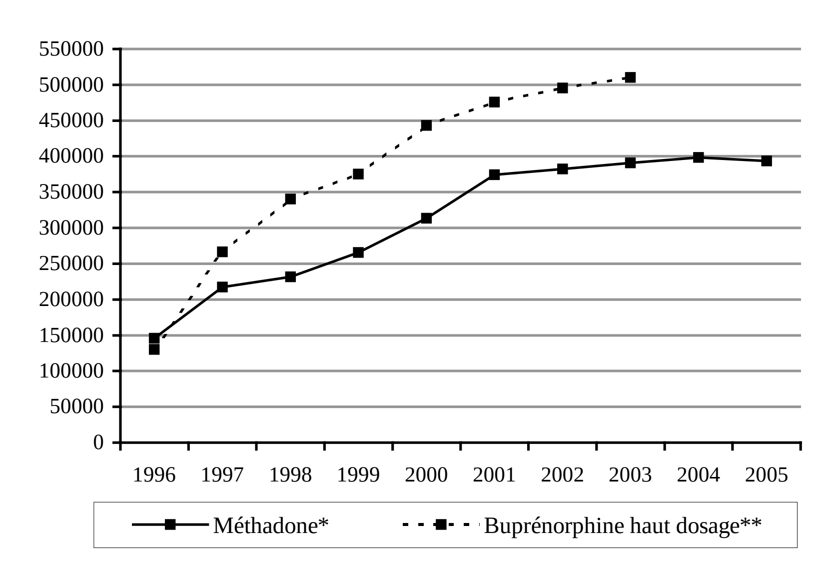
S’il est difficile d’évaluer le nombre de toxicomanes, c'est-à-dire de personnes ayant une consommation entraînant un phénomène de dépendance aux drogues illicites, quelques indicateurs indirects permettent néanmoins d’apporter un éclairage quantifié sur différents aspects de la toxicomanie à Paris, et plus généralement dans la région Ile-de-France. Il convient néanmoins de garder à l’esprit le fait que seuls les toxicomanes repérés par des organismes fournissant des données (données sanitaires ou d’infractions) sont pris en compte et qu'une proportion inconnue, impossible à quantifier, échappe à ce suivi.

La comparaison des différents indicateurs issus d’ILIAD[5] relatifs aux usagers de drogues (voir tableau 1) montre que la région Ile-de-France, notamment Paris, demeure actuellement encore, particulièrement touchée par les problèmes de toxicomanie. Ainsi, les indicateurs relatifs au recours au système médico-social, aux ventes de « kits seringues » (commercialisés sous le nom de Stéribox®) et de buprénorphine haut dosage (commercialisés sous le nom de Subutex®) en pharmacies de ville ainsi qu’aux décès par surdoses placent Paris (et plus généralement la région Ile-de-France) au premier rang des départements de France confrontés à la toxicomanie. Néanmoins, rapportés à la population, les indicateurs ne manifestent pas une prédominance de la capitale, en ce qui concerne les questions de toxicomanie.

Si la région Ile-de-France a depuis toujours été très touchée par les problèmes de toxicomanie, ces dix dernières années ont vu des modifications profondes des caractéristiques des usagers de drogues, principalement en raison du développement de la politique de réduction des risques. Cette politique, initiée en 1987 avec la vente libre des seringues et poursuivie en 1995/1996 avec les traitements de substitution aux opiacés (méthadone et Subutex®), a entraîné une forte diminution de la mortalité par surdoses, une baisse des risques infectieux (principalement VIH) et a permis une meilleure prise en charge des toxicomanes.

5 Le dispositif ILIAD, Indicateurs locaux pour l’information sur les addictions, mis en place par l’ODFT, regroupe des données sur les addictions provenant de différentes institutions, notamment de l’Institut de veille sanitaire, de l’Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants, de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

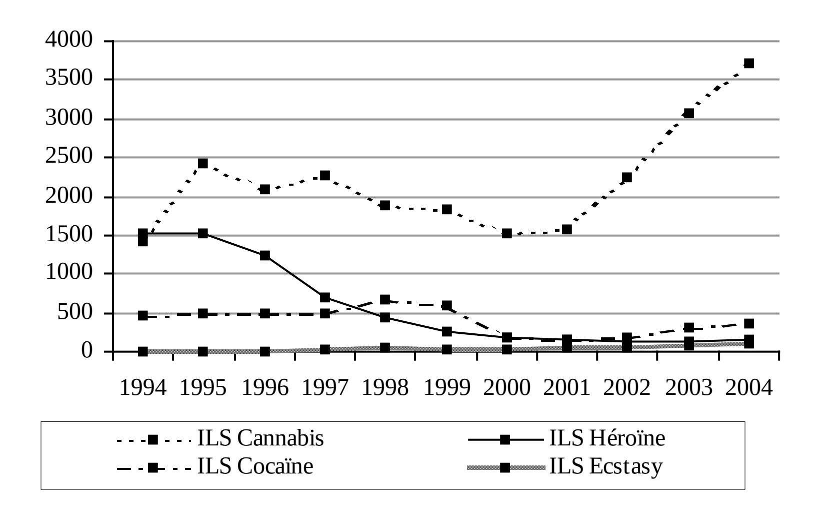
Graphique 1 : Evolution à Paris, entre 1996 et 2005, des ventes de méthadone et de buprénorphine haut dosage en pharmacie de ville



* Quantités vendues exprimées en nombre de flacons « théoriques » de 60 mg
** Quantités vendues exprimées en nombre de boîtes « théoriques » de 7 comprimés dosés à 6 mg

Source : Analyse de l'InVS (SIAMOIS) à partir des données du GERS, exploitation ORS-Ile-de-France

Graphique 2 : Evolution à Paris, entre 1994 et 2004, du nombre d'infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) pour usage



Source : OCRTIS, exploitation ORS Ile-de-France

Large diffusion des traitements de substitution aux opiacés

La diffusion des traitements de substitution a conduit un nombre croissant d'usagers d'opiacés à s'engager dans une démarche de soins. Les ventes de Subutex® et de méthadone en pharmacies de ville ont ainsi fortement augmenté (voir graphique 1). Paris demeure le département d'Ile-de-France où les ventes de produits de substitution sont les plus importantes *:* plus de 40 *%* des ventes de Subutex® en Ile-de-France et près de 60 *%* de celles de méthadone délivrée en médecine de ville sont réalisées dans la seule capitale.

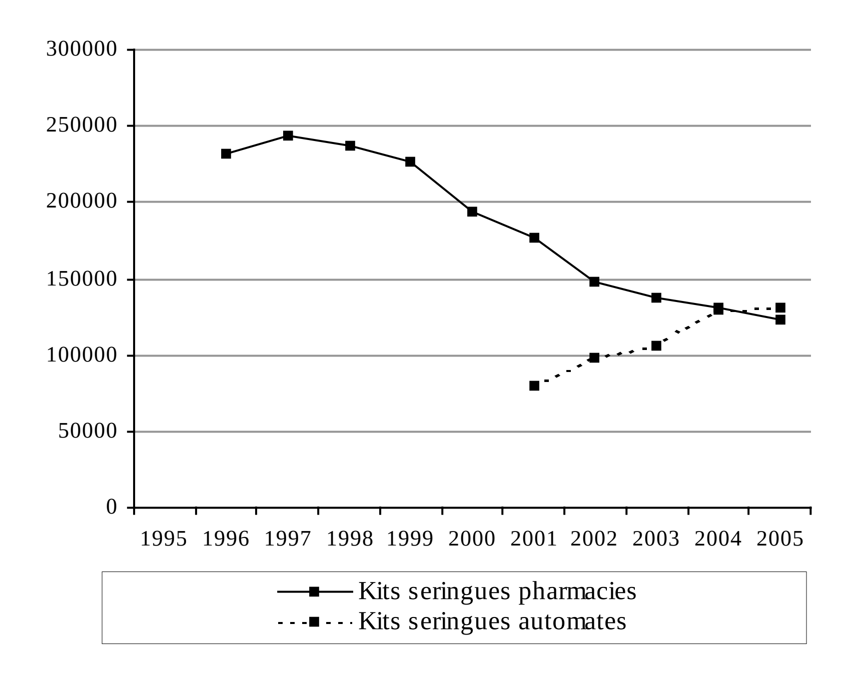
Changement des caractéristiques des consommations

La diffusion des traitements de substitution a entraîné une forte baisse de l'usage d'héroïne, usage qui aujourd'hui ne semble néanmoins plus en recul. Cette baisse est notamment visible à travers les données relatives aux infractions à la législation sur les stupéfiants, ILS, (voir graphique 2). Ainsi, le nombre d'infractions à Paris pour usage d'héroïne a été divisé par dix entre 1994 et 2004 alors que, durant la même période, celui pour usage de cannabis a triplé et celui pour usage d'ecstasy a aussi connu une croissance importante à partir de 1997. Pour ce qui est de la cocaïne, l'accroissement du nombre d'ILS depuis le début des années 2000 marque une rupture avec la tendance à la baisse qui était observée depuis deux à trois années. Toutes les autres sources d'informations convergent pour indiquer également une hausse de la disponibilité et de la consommation de cocaïne à Paris.

Ce changement des produits consommés au cours de ces dix dernières années s'est accompagné d'une extension des pratiques de polyconsommation consistant, selon le lieu, la disponibilité, le coût ou le besoin de l'usager, à alterner des consommations de différents produits : alcool, produits illicites, médicaments psychotropes non-opiacés et traitement de substitution détournés. En effet, une part non négligeable des traitements de substitution aux opiacés par la buprénorphine sont détournés de leur usage, s'intégrant désormais dans des pratiques de polyconsommation. Dans une étude de juin 2004 conduite par l'OFDT et l'Assurance maladie, il apparaissait que le niveau de détournement de la buprénorphine était particulièrement élevé à Paris, comparé à d'autres villes en France[6]

6 Cadet-Taïrou A., Cholley D., Approche régionale de la substitution aux opiacés 1999-2002, pratiques et disparités à travers 13 sites français, OFDT, Assurance Maladie, juin 2004, p. 77-78.


Graphique 3 : Evolution à Paris, entre 1996 et 2005, des ventes de « kits seringues » en pharmacie de ville et des distributions de « kits seringues » par automate



Sources : « kits seringues » pharmacies, Analyse de l'InVS (SIAMOIS) à partir des données du GERS, « kits seringues » automates, SAFE.

- Les « kits seringues » sont commercialisés dans les pharmacies sous le nom de Stéribox® et distribués dans les automates sous le nom de Kit+® ou Kap®.

- Ces « kits seringues » contiennent deux seringues à insuline 1ml, deux tampons d'alcool, deux flacons d'eau stérile, deux Stéricup®, un préservatif, un mode d'emploi et des conseils explicites.

Evolution des pratiques d'injection

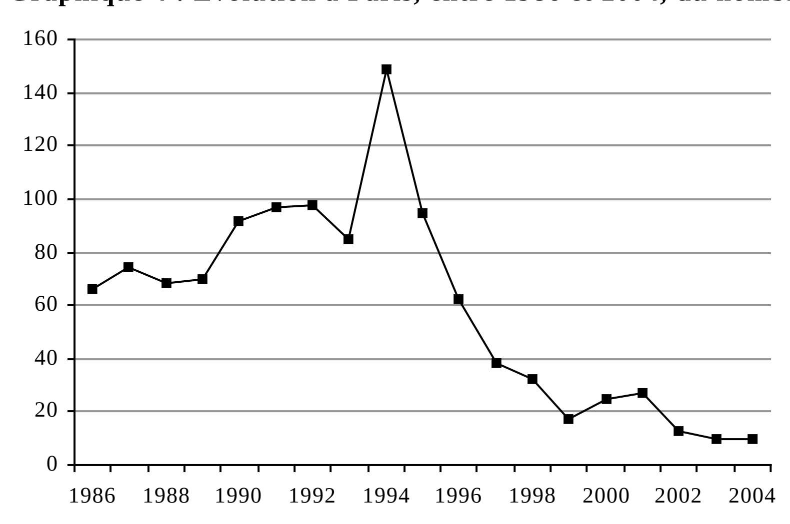
Parallèlement à la diffusion des traitements de substitution aux opiacés, l'utilisation du matériel de prévention (Stéribox®, Kit+®, Kap®, seringues, etc.) s'est largement diffusée[7] chez les usagers injecteurs depuis la fin des années 80, limitant ainsi les pratiques de partage et les risques infectieux, en particulier du VIH et, dans une moindre mesure, du virus de l'hépatite C (VHC). De plus, les données, notamment issues du dispositif TREND, semblent converger pour indiquer une baisse générale du recours à l'injection, ce qui s'expliquerait principalement par la diminution des consommations d'héroïne. D'une part, depuis la diffusion des traitements de substitution en 1995/1996, un grand nombre d'usagers d'opiacés se sont progressivement inscrits dans une démarche de soin, abandonnant pour la plupart des pratiques d'injection (ou des pratiques d'injection régulières). D'autre part, les usagers de drogues se sont tournés vers d'autres produits que l'héroïne ou vers des médicaments détournés dont les consommations se font souvent par d'autres voies que la voie injectable.

Les données disponibles sur la délivrance de seringues (graphique 3), si elles ne permettent pas de conclure de façon catégorique sur l'évolution de la fréquence des pratiques d'injection parmi les usagers de drogues, faute de pouvoir disposer de données exhaustives sur la distribution de seringues dans les structures de première ligne et de pouvoir comptabiliser les seringues vendues aux usagers de drogues, hors des Stéribox®, dans les pharmacies de ville, apportent néanmoins des éléments de compréhension sur ces pratiques. En effet, les différentes sources de données présentées expriment très clairement le fait que les usagers de drogues utilisant la voie injectable semblent de plus en plus recourir au dispositif public de réduction de risques. Avec l'accroissement du nombre d'automates à Paris (31 automates fin 2004 contre 15 début 2000), la délivrance des seringues semble se faire de plus en plus par cet intermédiaire, au détriment des « kits seringues » (Stéribox®) vendus dans les pharmacies. Ainsi, alors qu'en 2001, parmi les 257 000 « kits seringues » distribués par automates ou vendus dans des pharmacies de villes, la part des automates était de 31 %, en 2005, cette part est désormais de 51 % des 254 000 « kits seringues » distribués par automate ou vendus en pharmacies.

---

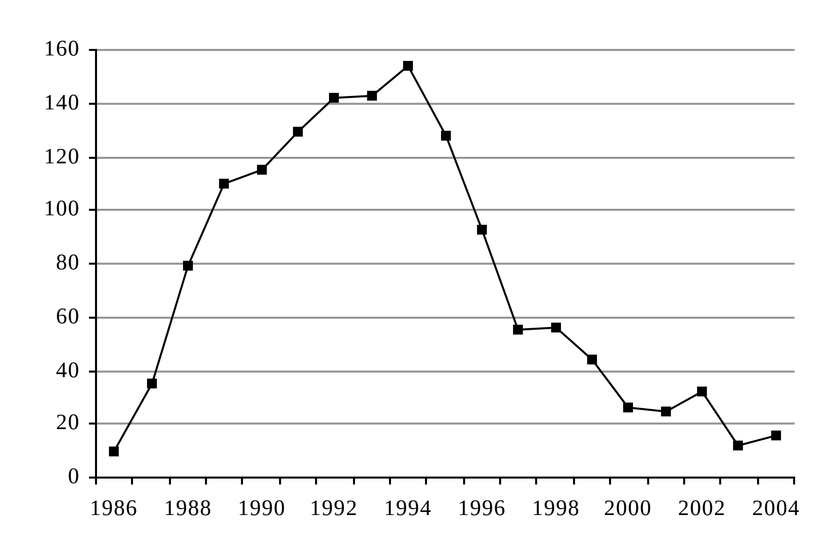
7 Le matériel d'injection est disponible :
- dans les pharmacies de ville (Stéribox®, seringues vendues à l'unité)
- dans les structures de première ligne (ou Boutiques)
- dans les Programmes d'échange de seringues (PES)
- dans les automates (avec ou sans jeton) qui délivrent des « kit seringues » (Kit+®, Kap®)

Graphique 4 : Evolution à Paris, entre 1986 et 2004, du nombre de décès par surdose



Source : OCRTIS, exploitation ORS Ile-de-France

Graphique 5 : Evolution à Paris du nombre de cas de sida diagnostiqués entre 1986 et 2004 parmi des usagers de drogues par voie intraveineuse



Source : InVS, cas de sida au 31 décembre 2004, exploitation ORS Ile-de-France

Impact sanitaire majeur de la politique de réduction des risques

La diffusion des traitements de substitution, en entraînant une diminution de la consommation d'héroïne, a eu en particulier pour conséquence de réduire très sensiblement le nombre de décès par surdoses enregistrés par les services de police (graphique 4) : à Paris, de 149 décès par surdoses en 1994, ce nombre s'est stabilisé autour d'une vingtaine à partir de 1999 et est passé à une dizaine depuis 2002. En Ile-de-France, ce nombre est passé de 298 en 1994 à 30 en 2004.

De plus, les données des déclarations de cas de sida (graphique 5) montrent que le nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués parmi des usagers de drogues injecteurs domiciliés à Paris a diminué régulièrement depuis 1995 et est désormais inférieur à vingt nouveaux cas de sida chaque année (alors que, en 1994, il était de 154 cas à Paris). Les données relatives aux cas de sida montrent que c'est chez les usagers de drogues par voie intraveineuse que le dépistage est le plus précoce. En effet, peu d'usagers de drogues par voie intraveineuse découvrent leur séropositivité au moment du diagnostic du sida : 17 % en Ile-de-France alors que cette proportion est de 41 % chez les hommes contaminés par voie homo-bisexuelle ou de 65 % chez les personnes contaminées par voie hétérosexuelle (cas diagnostiqués entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2003). La politique de réduction des risques a permis de faciliter pour les usagers de drogues les contacts avec les professionnels de santé. Elle a favorisé un meilleur suivi thérapeutique du VIH, ayant permis de réduire la mortalité par sida chez les usagers de drogues.

La diminution du nombre de nouvelles contaminations par le VIH chez les usagers injecteurs est désormais très nettement visible, à travers la déclaration des cas de séropositivité au VIH. Ces données montrent que sur les 3 062 nouveaux cas de séropositivité diagnostiqués entre 2003 et 2004 en Ile-de-France, seuls 54 cas (1,8 %) ont été enregistrés chez des usagers de drogues par voie intraveineuse (59 % chez des personnes hétérosexuelles, 21 % chez des hommes homosexuels). De plus, ces cas concernent rarement des personnes récemment contaminées : seuls 12 % des nouveaux diagnostics de VIH enregistrés parmi des usagers de drogues sont des contaminations datant de moins de six mois alors que, par exemple, parmi les nouveaux diagnostics de séropositivité enregistrés chez des homo-bisexuels masculins, 54 % sont des contaminations récentes.

Néanmoins, si la diffusion des Stéribox® et l'accès diversifié au matériel stérile d'injection ont diminué de façon importante, chez les usagers injecteurs, les contaminations par le VIH, l'impact semble moins évident sur la prévalence du VHC. D'après différentes enquêtes[8], la prévalence du VHC reste élevée chez les usagers de drogues, comprise entre 43 % et 73 % selon les études. L'enquête réalisée en 2003 auprès des usagers des structures de première ligne dans le cadre du dispositif national TREND a montré une prévalence du VHC de 55 % parmi les usagers ayant utilisé l'injection au cours de la vie et de 5 % parmi ceux ayant utilisé le sniff mais jamais l'injection (TREND/OFDT).

8 Emmanuelli J., Jauffret-Roustide M., Barin F., « *Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002* », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Numéro thématique Epidémiologie de l'hépatite C, N° 16-17/2003, 22 avril 2003, pp. 97-100.

3. Usagers et modalités d’usage

Caractéristiques des usagers

Les « espaces festifs » sont globalement caractérisés par une population relativement jeune et assez diversifiée du point de vue des caractéristiques sociales. Une partie de cette population a des consommations occasionnelles de produits psychoactifs (principalement tabac, alcool, cannabis, plus rarement ecstasy ou produits hallucinogènes), ritualisées autour d'événements festifs. Les consommations peuvent y être importantes pour certains usagers, voire être problématiques et conduire ces usagers à une certaine désinsertion.

Hors d'un contexte festif ou récréatif, c'est-à-dire dans « l’espace urbain », les consommations des produits psychoactifs touchent très majoritairement des hommes, plutôt plus âgés (environ 30-35 ans). Les consommations, plus régulières, s'inscrivent davantage dans des usages problématiques et le recours à l'injection reste un mode d'administration relativement fréquent. Les usagers sont souvent désinsérés socialement, en situation de grande précarité.

Depuis 2002, une plus grande perméabilité qu'auparavant est observée entre espace « festif » et espace « urbain ». Des produits ou des modes d'administration qui étaient jusque-là très spécifiquement associés à l'un des espaces sont désormais devenus nettement plus visibles dans les deux espaces.

Les observations recueillies durant l’année 2005 dans le cadre du dispositif TREND Paris permettent d’apporter des informations sur certaines populations.

Evolution de la situation des usagers (notamment de crack) errants du nord-est parisien

Durant l’année 2004, il avait été noté[9] que les évacuations répétées par la police de bâtiments occupés par des usagers de drogues, notamment de crack, avait eu, comme conséquences principales, le retour d’une grande visibilité de ces usagers à l’intérieur et aux alentours du quartier de la Goutte d’Or, ainsi que la multiplication et la dispersion, sur ces territoires, des lieux de trafic et de consommation de drogues. Cette situation a engendré la présence d'un plus

9 Halfen S., Grémy I., Tendances récentes sur la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux dogues à Paris en 2004, TREND, Rapport ORS Ile-de-France, avril 2005, pp. 50-53.

grand nombre d'usagers de drogues précarisés en errance dans la rue, avec comme conséquence davantage de relations conflictuelles entre usagers de drogues et riverains, usagers de drogues et forces de l'ordre et usagers de drogues entre eux.

- **Visibilité croissante dans les espaces publics**

Ces tendances se sont poursuivies durant l’année 2005. Les usagers de crack très marginalisés ont, en effet, été à nouveau très visibles dans certains quartiers du nord-est. Les plaintes de riverains, dont les parties communes des immeubles servent de lieux de consommation aux usagers, ont, d’après les associations de réduction des risques locales, nettement augmenté. Des habitants de la Goutte d’Or, rencontrés lors du premier trimestre dans le cadre de l’observation de l’espace urbain, ont rapporté que le phénomène « d’invasion de cages d’escalier » atteignait une ampleur jusque là inconnue. D’autres habitants, cette fois des alentours de la Porte de La Chapelle, ont indiqué que les nuisances liées à la présence d’usagers de drogues étaient plus importantes depuis l’évacuation des squats, qu’ils avaient pourtant souhaitée. Une association d’habitants aurait fait signer une pétition durant l’année 2005, destinée aux pouvoirs publics et demandant la mise en place de « lieux de vie » pour les usagers de drogues en errance.

- **Violence exacerbée**

Concernant l’augmentation des phénomènes de violence liés au trafic dans ces quartiers, la situation ne semble pas non plus devoir évoluer positivement, comme en témoigne, par exemple, l’interpellation mouvementée, début mars, relatée par les médias, d’un jeune homme de la Goutte d’Or soupçonné de trafic de crack. Celui-ci a été atteint par une balle tirée par un policier s’apprêtant à le contrôler. Le jeune homme a survécu à sa blessure, mais l’événement a déclenché la révolte d’une partie des habitants du quartier, donnant lieu à une émeute sans grande conséquence, mais largement médiatisée. Le policier impliqué a été mis en examen pour « tentative d’homicide involontaire ». Pour preuve aussi, la mort, fin mars, et encore à la Goutte d’Or, d’un usager de crack ayant eu, suite à une altercation, la jugulaire tranchée par un cutter. L’auteur du meurtre n’a pas été identifié à ce jour. Ces événements illustrent un contexte particulièrement tendu entre usagers mais également entre usagers et force de l’ordre. Les professionnels des structures de réduction des risques affirment que les personnes qu’ils accueillent font preuve d’une humeur de plus en plus agressive. Plusieurs phénomènes de

violence se sont produits au sein de ces structures au début de l'année 2005. Le plus marquant d'entre eux s'est soldé par la blessure grave d'un accueillant d'une structure de première ligne. Ce dernier avait tenté de s'interposer entre deux usagers lors d'une altercation, et l'un d'eux l'avait blessé, dans la bagarre, d'un coup de cutter.

- **Lieux de vie plus clandestins**

Les évacuations successives dont les usagers de drogues ont fait l'objet en 2004 (notamment l'évacuation du squat de la Porte de la Chapelle en septembre) semblent avoir renforcé leur méfiance, les incitant à choisir des lieux moins visibles et donc plus clandestins. Les usagers se montrent alors peu disposés à révéler l'emplacement des lieux qu'ils investissent, y compris aux équipes de réduction des risques, ce qui rend le travail de prises de contact plus difficile pour les équipes mobiles et par conséquent accroît la marginalisation de cette population et son éloignement des interventions qui lui sont destinées. Lors des observations conduites dans le cadre du dispositif TREND[10], plusieurs usagers observateurs qui participent depuis plusieurs années au dispositif d'observation, et qui de ce fait comprennent le sens de la démarche et accordent leur confiance au dispositif, ont révélé l'existence d'un lieu à l'abandon situé dans le 17ème arrondissement servant de lieu vie et de consommation de drogues à plusieurs centaines d'usagers de drogues. Le tableau qui a été dressé de ce lieu fait état de la situation d'anarchie et d'insalubrité qui y règne (un usager : « si tu voyais ça, t'hallucinerai »), sans que celle-ci soit aussi dramatique que celle du squat de la Porte de la Chapelle évacué en 2004.

Précarisation et marginalisation croissante des usagers de drogues du nord-est parisien

Le dernier trimestre 2005 a connu plusieurs phénomènes qui se sont superposés et/ou succédé et qui ont eu des conséquences sur les conditions de vie des usagers de drogues les plus précaires : la restriction de la délivrance de produits de substitution et autres médicaments psychotropes dont la revente représente une source de revenus non négligeable pour ces usagers et dont la consommation est importante dans leurs conduites addictives[11], l'intensification de l'activité policière, suite aux émeutes urbaines dans les banlieues durant le mois de novembre,

10 Note d'observation de l'espace urbain, décembre 2005.

11 *cf.* l'évolution du marché des médicaments détournés en 2005 dans la partie sur l'organisation des trafics.

qui a également rendu plus difficile l'accès à la cocaïne et au crack. Comme cela a déjà été souligné dans les rapports TREND, il semble que la baisse de la disponibilité des produits consommés par des usagers ayant des conduites addictives compulsives et incontrôlées n'a pas pour conséquence d'améliorer la situation de ces personnes, par exemple en les incitant à diminuer leur consommation, mais tend au contraire à accroître la désorganisation de leur mode de vie et à renforcer leur marginalisation et leur précarisation sociale et sanitaire. En effet, les personnes usagères de drogues sont de plus en plus amenées à recourir à des activités visant à obtenir des ressources par des moyens présentant plus de risques pour elles-mêmes[12], à connaître une plus grande désorganisation de leur mode de vie, notamment du fait que l'approvisionnement en drogues leur coûte plus de temps et d'énergie, ce qui tend à les éloigner des dispositifs susceptibles de leur venir en aide, et par conséquent à les conduire à se retrouver dans des situations de marginalisation et de précarisation encore plus marquées que celles qui sont habituellement les leurs. Cet état de fait a en outre des conséquences indéniables sur la santé mentale des personnes concernées, et la dégradation de leurs conditions de vie semble donner lieu à davantage de comportements autodestructeurs et d'attitudes de violence, celles-ci se manifestant à la fois dans les relations entre usagers et dans celles que ces derniers entretiennent avec les personnels des dispositifs de soins et de réduction des risques. Ce dernier point a été confirmé à plusieurs reprises par les équipes qui interviennent dans ces dispositifs, ce qui rend le travail de ces dernières plus contraignant, et multiplie les situations de *burn out* (saturation) parmi les intervenants qui composent ces équipes[13].

12 *cf.* l'évolution du marché des médicaments détournés en 2005 dans la partie sur l'organisation des trafics.

13 Note d'observation de l'espace urbain, décembre 2005.

Difficultés, toujours de plus en plus importantes, d'accès aux soins pour les personnes étrangères sans titre de séjour

Comme cela avait déjà été souligné en 2004, les professionnels de santé ont signalé que les demandes de carte de séjour pour soins (certificats médicaux) font de plus en plus l'objet de refus pour la prise en charge du VHC et cela commencerait à concerner aussi de plus en plus le VIH, sous le motif que le traitement serait « disponible » dans le pays d'origine de la personne, alors qu’il n’est pas forcément accessible. Alors qu’un certificat médical était suffisant il y a quelques années, désormais, les critères d’obtention seraient plus difficiles à réunir. Par exemple, seuls les patients dans des stades avancés de l’infection (par exemple avec une fibrose pour ceux porteurs du VHC) pourraient obtenir une carte de séjour pour soins. Cette logique conduirait certains patients à regretter une amélioration de leur état de santé, éloignant alors les quelques espoirs d’une régularisation administrative. Si en 2004, les médecins présents à la réunion avaient manifesté, d’une part, leurs inquiétudes en ce qui concerne l’accès aux soins pour ces patients et, d’autre part, leur indignation face à une administration faisant de moins en moins cas des certificats médicaux, en 2005, alors que la situation, du point de vue sanitaire, semble s’être encore davantage dégradée pour ces étrangers sans titre de séjour, les médecins ont indiqué une « morosité des acteurs de santé » à ce sujet. La thématique des consommations de drogues parmi les étrangers récemment arrivés en France fait l’objet d’une investigation spécifique dans le chapitre 5 du présent rapport TREND.

Des patients aux profils variés rencontrés par l’ECIMUD Pitié Salpêtrière[14]

Les patients vus par l’ECIMUD Pitié Salpêtrière le sont majoritairement à la demande des services et leurs caractéristiques peuvent varier au cours des mois. Néanmoins, une partie non négligeable de la file active est formée de patients vus en consultations externes suite à une demande motivée de rendez-vous. Les usagers rencontrés par l’ECIMUD Pitié Salpêtrière en 2005 peuvent être répartis en deux groupes :

- des usagers plutôt jeunes (18-30 ans) polyconsommateurs experts en « menu psychotrope » dont il est fait usage en fonction des effets recherchés ou éprouvés. Les produits sont utilisés de la même manière que les nombreux médicaments de « style de

14 Données transmises dans le cadre du groupe focal sanitaire.

vie » prescrits pour faciliter les différentes tâches quotidiennes et qui sont progressivement assimilés à des produits de confort et d'aménagement de l'existence. Ce sont par exemple les benzodiazépines, les hypnotiques, le Viagra® et assimilés, etc. On retrouvera ainsi, dans les consommations de ce groupe, des médicaments (benzodiazépines, Rivotril® et Rohypnol®, antidépresseurs, Prozac®, hypnotiques Stilnox® et Imovane®), des produits alimentaires (café, Coca-Cola®), des drogues illicites (cocaïne et crack, amphétamines et apparentés et des champignons hallucinogènes) ainsi que des traitements de substitution détournés (Subutex®). Ces consommations s'inscrivent quasi-systématiquement sur un terrain d'abus ou de dépendance tabac-alcool +/-cannabis. Ces usagers prennent leur produit préférentiellement par voie orale ou par sniff, la pratique de l'injection restant minoritaire. Les usagers de ce groupe peuvent être cependant partagés en deux :

  - les usagers insérés et ayant une activité continue, souvent mieux informés sur l'utilisation des produits, les combinaisons possibles et les risques ;
  - les usagers précarisés, SDF, *travellers*, présentant souvent davantage de co-morbidités infectieuses et psychiatriques et ayant un niveau de prise de risque plus élevé avec notamment une pratique de l'injection plus importante (Subutex®, Skénan® et cocaïne).

- Des usagers adultes (30-50 ans), souvent injecteurs sous traitement de substitution. Ces usagers sont très majoritairement consommateurs d'alcool et de tabac comme le groupe précédent mais sont moins dans la polyconsommation « tout venant ». En tant qu'injecteurs, ils sont plus souvent contaminés par le VIH et le VHC. Ils pratiquent l'injection de façon irrégulière avec, par contre, de nombreuses prises de risque liées à la réutilisation du matériel, au mode d'injection ou au lieu d'injection (abcès, réseau veineux caché pour ne pas alerter l'entourage, …). Ils s'injectent Subutex®, Skénan®, cocaïne et héroïne. L'injection se passe dans des scènes fermées (appartements).

Une meilleure prise en charge des femmes enceintes toxicomanes

Parmi les usagers de drogues précarisés rencontrés par l'ECIMUD Pitié Salpêtrière, il est signalé des femmes enceintes dont la prise en charge de la grossesse est faite de façon pluridisciplinaire, afin de limiter au maximum les consommations de produits pendant toute la durée de la grossesse. Ces femmes constituent un sous-groupe qui serait de mieux en mieux repéré par le service de maternité et donc de plus en plus visible pour l'ECIMUD. Par ordre d'importance, les principaux produits consommés au cours de la grossesse seraient le tabac, le cannabis et le Subutex® ou la méthadone. Mais des consommations de cocaïne, de crack, d'amphétamines et d'alcool sont également rapportées. Ces dernières consommations ont lieu principalement pendant les trois premiers mois de la grossesse, période de l'organogénèse, donc la plus à risque en termes de malformations, mais aussi période où la femme n'a pas souvent connaissance de sa grossesse. En effet, l'usage de produits amène à de nombreuses perturbations des cycles menstruels, un retard de menstruations n'étant ainsi plus relevé par la femme. De plus, de nombreux produits sont inducteurs enzymatiques et peuvent ainsi réduire de façon considérable l'efficacité des contraceptifs oraux.

Consommations parmi les hommes fréquentant l'espace festif gay : recherche de stimulation et de désinhibition

Les observations conduites dans les lieux festifs gays[15] apportent des précisions sur les consommations de psychotropes dans cet espace, outre celle d'alcool largement répandue. De l'avis des observateurs, les principales drogues consommées par les hommes fréquentant l'espace festif gay seraient l'ecstasy et la cocaïne (en nette progression depuis un an, notamment depuis l'été 2005) ainsi que le poppers[16]. Viendraient ensuite le GBL[17] puis, nettement plus rarement, la kétamine. Le cannabis semble être sensiblement moins consommé que dans les autres milieux festifs. L'enquête Baromètre Gay 2005 réalisée en Ile-de-France auprès des clients d'établissements gays commerciaux, dont plus de la moitié offrent la possibilité d'échanges sexuels (saunas, backrooms), confirment l'importance des consommations de produits psychoactifs. Parmi les répondants, 31 % ont indiqué avoir consommé, au moins une fois par semaine, cinq verres d'alcool ou plus au cours

15 Note d'observation de l'espace festif, décembre 2005.
16 Le poppers est un vasodilatateur.
17 Le GBL est un solvant industriel qui se transforme en GHB dans l'organisme après ingestion.

de la même occasion. Plus de la moitié (58 %) ont consommé au moins un produit psychoactif au cours des douze mois précédant l'enquête. Il s'agit surtout de poppers (47 %), de cannabis (30 %), plus rarement de cocaïne (16 %) ou d'ecstasy (13 %) ou encore de GHB (6 %)[18]. Dans le cadre du dispositif TREND Paris, des consommations détournées de sildénafil (commercialisé sous le nom de Viagra®) ou de tadalafil (commercialisé sous le nom de Cialis®), tous deux indiqués pour des troubles de l'érection, sont signalées. Ils seraient souvent associés à des consommations de stimulants (ecstasy et cocaïne) pour « permettre une activité sexuelle soutenue ». Enfin, l'usage d'antidépresseurs (Deroxat®, Prozac®, etc.) et d'anxiolytiques (Lexomil®, Xanax®, etc.) semble être relativement fréquent. D'après l'observation de cet espace « beaucoup de jeunes gays 'se médicaliseraient' pour supporter le rythme de la fête associé à la consommation de drogues, l'activité professionnelle et la nécessité de toujours 'paraître sous son meilleur jour'. Les traitements [entre usage et mesusage] seraient souvent prescrits par des médecins de la communauté gay. ».

La désinhibition et l'euphorie que peut entraîner l'usage associé de certains de ces produits (y compris celui de l'alcool associé aux anxiolytiques) pourraient favoriser des comportements sexuels à risque face au VIH/sida et aux autres IST, dans un contexte de généralisation du relâchement des comportements de prévention au sein de la population homosexuelle[19].

A la différence de l'année 2004, les problèmes sanitaires liés aux consommations dans le milieu gay ont été peu abordés par les différents professionnels de santé rencontrés dans le cadre de l'observation TREND. En 2005, comparé à l'année précédente, le service des Urgences de l'Hôtel Dieu a noté une « augmentation modérée » des consommateurs de GHB dans le milieu festif arrivant dans un tableau clinique de coma de brève durée, de une à deux heures. Même si les consommations sont décrites par les professionnels de santé comme importantes dans les lieux festifs sexuels (backrooms, saunas, etc.), avec une recherche de performance et de sensation, seuls quelques comas brefs ont été enregistrés ainsi que deux cas possibles de soumission chimique au GHB.

---

18 Velter A., Bouyssou-Michel A., Pillonel J., Jacquier G., Semaille C., « Baromètre gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens », *BEH*, n° 25, 20 juin 2006, pp. 178-180.

19 Halfen S., Embersin C., « Les comportements des homosexuels masculins face au VIH et aux autres infections sexuellement transmissibles : un constat préoccupant » dans *Bulletin de santé* ORS Ile-de-France, Crips Ile-de-France, n° 10, décembre 2005, pp. 4-6.

Baisse du nombre de signalements en milieu scolaire

Alors que le nombre d'infractions à la législation sur les stupéfiants signalé par des chefs d'établissement en milieu scolaire avait augmenté en 2003/2004 par rapport à l'année scolaire précédente, une baisse a plutôt été observée pour l'année scolaire 2004/2005 (44 faits signalés contre 55 l'année précédente). Pour l'année scolaire actuelle (2005/2006), le nombre d'infractions signalées semble aussi en baisse (ou, du moins, n'est pas en augmentation) par rapport à la même période de l'année précédente : 12 faits signalés entre septembre et octobre 2005 contre 17 pendant ces deux mois de l'année 2004. Ces infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) en milieu scolaire concernent principalement des usagers de cannabis mais le nombre de ces infractions a été décrit comme étant « sûrement très faible par rapport à la consommation véritable ». Comme l'année dernière, le plus grand nombre de signalements est concentré dans le 6ème arrondissement et dans le 16ème arrondissement de Paris (comme c'est également le cas pour les affaires de racket). Cette sur-représentation dans ces deux arrondissements pourrait être liée à la motivation des chefs d'établissement à signaler les faits liés aux stupéfiants plus qu'à la véritable expression d'une sur-consommation de cannabis ou d'un nombre plus important de produits stupéfiants effectivement en circulation dans les établissements, même si on ne peut exclure que les lycéens de niveau socio-économique plus favorisé disposent de davantage de moyens financiers pour, notamment, acquérir du cannabis. L’enquête Escapad conduite par l’OFDT à Paris[20] a en effet montré que, chez les adolescents, les proportions d’usagers de cannabis, de poppers et de cocaïne étaient plus élevées dans les quartiers du sud-ouest parisiens (6ème, 7ème, 14ème, 15ème et 16ème arrondissements) que dans ceux du nord-est (3ème, 4ème, 11ème, 12ème, 18ème, 19ème, 20ème arrondissements). A 17 ans par exemple, 53 % des résidants du sud-ouest parisien ont expérimenté le cannabis contre 45 % dans le nord-est de Paris. Pour l’expérimentation de poppers, les proportions sont respectivement de 11 % et 5 % et pour celle de cocaïne de 4 % et 2 %.

20 Beck F., Legleye S., Spilka S., Les usages de drogues des adolescents parisiens, Analyse de l’enquête Escapad 2004, OFDT, Mairie de Paris, décembre 2005, p. 60 et 70.

Contexte et modes d'usage

Des consommations où les médicaments psychotropes détournés prédominent de plus en plus mais une perception relativement négative

Lors de l'observation dans l'espace urbain, il a été constaté que des polyconsommateurs de drogues (et notamment de crack) du nord-est parisien parmi les plus précarisés socialement tendaient, essentiellement pour des raisons d'ordre économique, à diminuer leur consommation de crack. Cette diminution de la consommation se ferait néanmoins au profit de celle de médicaments psychotropes associés à la prise d'alcool (surtout des bières fortes), c'est-à-dire une consommation plus abordable financièrement tout en étant susceptible de produire des effets puissants et « efficaces » pour réguler la sensation d'angoisse. Cette tendance semble être en augmentation, même si, ce type de consommation paraît avoir une représentation de plus en plus négative. En effet, si une partie des personnes qui y ont recours affichent généralement une certaine satisfaction du fait d'avoir pu réduire ou interrompre leur consommation de crack de cette manière, d'autres font preuve d'une attitude inverse, en refusant d'admettre que les traitements de substitution ou les anxiolytiques, en association à l'alcool, ont pris une place plus importante que le crack ou que d'autres drogues dans leur polytoxicomanie. Le témoignage d'un usager observateur apporte quelques éléments pour comprendre cette attitude : « la défonce aux cachetons et à l'alcool, c'est vraiment un truc de misère. C'est une défonce qui coûte presque rien. Avec le RMI et les médecins, tu peux te défoncer sans voler, sans *dealer*. C'est la honte pour un mec de la rue. Y'en a qui préfèrent dire qu'ils prennent du crack, de la coke ou de l'héro, parce que là, t'es obligé de faire des tunes pour pécho. Ça veut dire tu braques, tu tires, tu te démerdes comme un bonhomme, quoi. Quand tu prends que des cachetons, les gens disent : c'est pas un bonhomme ce mec, c'est même pas un vrai toxico, c'est qu'un clochard »[21].

Des prises de risque encore élevées chez les usagers injecteurs

Parmi les usagers fréquentant le Programme d'échanges de seringues de Médecins du Monde, il est noté une fréquence encore importante de réutilisation des seringues et du partage du matériel servant à l'injection (notamment le Stéricup®). Certains usagers pensent stériliser le

21 Note d'observation de l'espace urbain, septembre 2005.

matériel en le lavant simplement à l'eau. La mise à disposition des Stérifilt® (filtre stérile et à usage unique destiné à réduire les risques liés à l'injection de particules et à limiter les contaminations par le virus de l'hépatite) semble provoquer des réactions diverses parmi les usagers. Si ceux du Bus méthadone sont décrits comme étant « contents » de ce nouvel outil, les avis seraient plus partagés parmi les usagers du PES, certains usagers craignant par exemple que le Stérifilt® ne filtre trop le produit et en limite les effets. Mais les médecins s'accordent à dire qu'il faut simplement du temps pour que les usagers acceptent de modifier quelque peu leurs pratiques et adoptent un outil de réduction des risques.

Squats, jeunes en errance et pratiques d’injection

Selon l’observation de l’espace festif[22], dans certains squats de la capitale et de la banlieue vivent des jeunes en situation d’errance, parfois apparentés au milieu festif techno ou techno punk[23]. Leurs lieux d’errance sont fréquemment le quartier de Pigalle ou de la Bastille, les abords du métro Convention (15ème arrondissement) ou de Châtelet (1er arrondissement). Certains d’entre eux ont des pratiques d’injection, principalement de Subutex® et de Skénan® et fréquentent différentes structures de première ligne du centre et du nord-est de Paris (notamment les programmes d’échange de seringues). Outre le Subutex® et le Skénan®, les consommations semblent se faire selon la disponibilité des produits davantage que selon des logiques particulières de consommation. Les principaux produits consommés seraient l’ecstasy, le cannabis, l’alcool, parfois le crack et les médicaments psychotropes (tels que le Xanax® ou le Rivotril®). Par le biais des structures de réduction des risques ou par l’intermédiaire de personnes plus expérimentées, ces jeunes semblent avoir intégré quelques rudiments de la réduction des risques liés à l’injection et connaître les risques liés au partage du matériel. Néanmoins, les pratiques répétées d’injection de Subutex® peuvent conduire à des prises de risque, notamment de contamination par le VHC par manuportage. En effet, l’injection répétée de Subutex® entraînerait rapidement des difficultés d’injection (membres œdémateux, veines sclérosées, etc.) où chaque « shoot » nécessiterait plusieurs tentatives, ce qui endommagerait la pointe de l’aiguille et détériorerait davantage encore les veines. Ces manipulations, parfois

22 Note d’observation de l’espace festif, mai 2005.
23 La thématique des usagers de drogues nomades ou en errance urbaine a fait l’objet d’une investigation spécifique dans le rapport TREND Paris en 2004, pp.131-145.

faites avec l'aide d'autres usagers, dans un contexte de promiscuité importante pourrait contribuer à favoriser des contaminations par le virus de l'hépatite C. Parmi ces jeunes, le Subutex® serait très disponible et banalisé. Il bénéficierait d'une image rassurante (d'un « médicament pour soigner les problèmes de drogue »). L'initiation au Subutex® se ferait généralement par voie nasale (sniff) mais, au fur et à mesure qu'une tolérance au Subutex® s'installerait, ces jeunes usagers augmenteraient les doses pour en ressentir les effets recherchés jusqu'à devenir dépendants du Subutex® et ne plus ressentir aucun effet euphorisant ou sédatif. A ce stade, pour certains de ces usagers, le passage à l'injection de Subutex® deviendrait « normal » et l'étape suivante, lorsque l'injection de Subutex® ne procurerait plus les effets recherchés, consisterait souvent à s'injecter du Skénan®. Certains usagers sombreraient parfois assez rapidement dans une « dépendance lourde » et s'injecteraient quotidiennement entre six et quatorze gélules de Skénan® par jour (soit l'équivalent de 600 à 1400 mg de morphine).

Perméabilité croissante entre les espaces festifs

Les données recueillies dans le cadre de l'observation des espaces festifs[24] permettent de noter en 2005 une « perméabilité » plus grande qu'auparavant entre les différents espaces festifs. En effet, les soirées « before » ou « after »[25] favoriseraient de plus en plus les rencontres entre différents milieux festifs (teuffeurs, clubbeurs, clubbeurs gay, etc.) qui peuvent contribuer à favoriser la circulation de produits davantage apparentés à l'un ou l'autre de ces milieux. Toujours dans cette logique de perméabilité, il est également signalé en 2005 que, dans le milieu clubbeur (hétérosexuel), les organisateurs de soirée et divers professionnels travaillant dans le milieu de la nuit et de la fête s'accordent à penser que les gays sont « les animateurs incontournables de la fête », qui font « le succès de toute nouvelle discothèque ou soirée », ce sont eux qui « donnent le ton » et « mettent l'ambiance ». Il y aurait donc de plus en plus de soirées dans lesquelles la présence de certains groupes reconnus comme étant une élite par sa tenue, ses relations, son discours et parfois ses pratiques en matière de drogues peut garantir le « démarrage d'un nouveau lieu ».

---

24 Note d'observation de l'espace festif, décembre 2005.

25 Il s'agit de fêtes qui précèdent (« before ») ou suivent (« after ») la soirée principale et dont les horaires s'adaptent à cette logique.

Intérêt croissant chez les jeunes pour la réduction des risques

Les interventions sur la prévention des consommations de produits psychoactifs menées par les fonctionnaires de police dans les lycées montrent une évolution chez les jeunes par rapport à l'année dernière. En effet, selon nos interlocuteurs, les lycéens connaissent de mieux en mieux les dangers liés aux consommations de drogues, notamment aux consommations de cannabis. Certains s'en inquiètent, posant des questions sur le tabagisme passif, sur la plus ou moins grande dangerosité de consommer le cannabis dans des pipes à eau (bhong) ou encore sur la dangerosité des consommations de Premix[26]. L'intérêt qui existait déjà en 2004 chez les jeunes pour les produits psychoactifs d'origine naturelle reste important et s'intègrerait dans cette logique de consommation perçue comme étant à moindre risque (consommer des « produits bio », des « produits naturels », etc.).

D’autres addictions : les jeux de strangulation, les jeux vidéos et Internet

Dans la logique de recherche de sensations, si les consommations d'alcool et de drogues sont des conduites relativement fréquentes chez les adolescents rencontrés lors des actions de prévention conduites par les fonctionnaires de police dans les établissements scolaires, il a été évoqué la dépendance, chez certains adolescents, aux « jeux dangereux » (jeu du foulard, jeu de la tomate) qui consistent à provoquer une perte de connaissance par strangulation, par un appui intense sur le sternum jusqu'au blocage de la respiration ou encore en s'accroupissant et en hyperventilant jusqu'à la perte de connaissance. Ces « jeux » qui se pratiquent en groupe ou seul auraient abouti à quelques décès à Paris. Des actions de prévention pour informer sur les risques associés à ces pratiques seront prochainement mises en place par les services de police avec des associations. Les médecins rencontrés dans le cadre du dispositif TREND ont également évoqué les comportements addictifs à Internet et aux jeux vidéos (jeux virtuels). Chez ces personnes ayant des addictions importantes, il a été noté de fortes consommations de cannabis et de tabac. Alors que ces personnes viennent consulter pour des consommations de tabac et/ou cannabis, le diagnostic posé est parfois celui d’un joueur addictif.

26 Le Premix est un mélange de soda sucré et d'alcool fort (vodka, rhum, whisky, etc.) dont la teneur en alcool s’élève à 5 à 8 % du volume.

État de santé des usagers

Accroissement de la consommation d'alcool et difficulté de prise en charge

Que ce soit dans le cadre de l'observation de l'espace urbain auprès des usagers désinsérés ou celle des espaces festifs (commerciaux ou non), les consommations d'alcool sont décrites par différents observateurs comme étant en augmentation. Dans l'espace urbain, il est signalé une importance croissante de l'usage d'alcool, et notamment de bières fortes, associé aux comportements de polyconsommation. Pour les acteurs de terrain, il deviendrait de plus en plus difficile d'appréhender séparément l'usage abusif d'alcool et ceux de produits illicites. Selon certains professionnels, pour nombre de polyconsommateurs, l'usage d'alcool serait plus problématique, tant sur le plan sanitaire que social, que la consommation de drogues dites « dures » et devrait faire l'objet d'une prise en charge prioritaire.

Dans les espaces festifs, des consommations d'alcool en hausse sont aussi rapportées. Dans les événements festifs de type *underground* (free parties et teknivals), la mise en place récente de bars pour permettre de rembourser les frais d'organisation des soirées semble contribuer à favoriser une consommation d'alcool plus importante. Dans les espaces commerciaux, des soirées (« open bar ») offrant un accès gratuit et illimité à des consommations (alcoolisées ou non) semblent devenir plus fréquentes, favorisant aussi des consommations importantes d'alcool. Des fonctionnaires de police ont évoqué des cas d'abus sexuels, à la suite de certaines de ces soirées. En effet, différents cas d'abus sexuels ont été signalés par des femmes fortement alcoolisées et qui pensaient avoir, à leur insu, consommé du GHB. Après analyse, il a été noté que ces femmes sortaient de discothèques et que les consommations n'impliquaient que de l'alcool. Ces discothèques organiseraient des soirées dans lesquelles les entrées sont gratuites pour les femmes, donnant également droit à un accès gratuit et illimité à des boissons. A la sortie de ces soirées, des hommes proposeraient de raccompagner en voiture des femmes dans des états d'ébriété avancés et abuseraient de la situation. Des médecins ont également signalé des consommations importantes d'alcool et de cannabis associés (parfois aussi de solvants)

parmi des jeunes de 17-18 ans qui fréquenteraient des soirées disposant d’un « open bar » qu’ils identifieraient sur Internet sur des sites spécialisés ou dans des forums de discussion. Les médecins verraient de plus en plus de problèmes d'alcool chez des jeunes et seraient confrontés à un manque de structure d'accueil pour la prise en charge des problèmes d'alcool dans cette population. Enfin, il est noté un accroissement de la consommation de Premix dans les clubs, bars et fêtes diverses. Les femmes seraient les plus consommatrices de ces boissons, parce que le goût de l'alcool ne serait pas dominant, voire presque imperceptible[27].

Psychiatrisation jugée excessive en médecine de ville

Il a été signalé à plusieurs reprises durant la réunion avec les professionnels de santé l'extension des prescriptions d'antidépresseurs et de neuroleptiques en médecine générale de ville. Il semblerait que cette « psychiatrisation » ou « sur-prescription » ait aboutit à une augmentation très importante des intoxications aux neuroleptiques ces dernières années. L'un des médecins présents à la réunion a indiqué que la limite n'était pas toujours claire entre le « mesusage » de psychotropes achetés au marché noir et le « bon usage » de psychotropes acquis sur prescription médicale d'un médecin généraliste de ville.

Les patients admis en réanimation médicale et toxicologique de l’hôpital Lariboisière

Le nombre de patients admis pour une intoxication au service de Réanimation médicale et toxicologique (RMT) de l’hôpital Lariboisière semble être en augmentation au cours de ces dernières années, passant de 372 admissions en 2002 à 400 en 2003 puis 419 en 2004. Parmi ces 419 admissions en 2004, environ neuf sur dix concernent une intoxication volontaire, c'est-à-dire « une exposition ou intoxication (=symptômes) résultant d’un geste volontaire avec ou sans envie de se donner la mort ». Les données ne permettent néanmoins pas de déterminer s’il s’agit d’usagers réguliers de produits psychotropes. Des produits psychotropes illicites (cocaïne, amphétamines, ecstasy, LSD, poppers, opioïdes, etc.) sont retrouvés dans environ 20 % de ces admissions. Un peu plus du tiers concerne des intoxications aux benzodiazépines[28].

27 Vanderstichelen F., De Duve M., « L'alcool dissous dans les sodas menace la Belgique » in *La santé de l’homme*, n° 375, janvier-février 2005, pp. 4-6.
28 Données issues de Synthèse 2002-2003-2004 réalisée par le service de RMT du Pr Baud.

Organisation des trafics

Des contrôles renforcés ayant entraînés une évolution importante du marché des médicaments détournés en 2005[29]

Le marché des médicaments à Paris a sensiblement évolué durant toute l'année 2005, notamment dans le secteur de Château Rouge où il est le plus important.

- **Mise en place de contrôles par les caisses primaires d'assurance maladie**

Ces transformations significatives sont liées, d'une part, à la réorganisation des modalités de remboursement des consultations auprès de généralistes (parcours de soins coordonnés) et, d'autre part, aux mesures visant à davantage contrôler la délivrance des traitements de substitution aux opiacés et d'autres médicaments psychotropes afin d'éviter les prescriptions abusives et les multiprescriptions responsables d'un marché illicite de médicaments détournés. Des usagers de produits de substitution ayant obtenu des prescriptions supérieures à ce que prévoit la réglementation auraient reçu de la part de leur centre d'assurance maladie des convocations pour des entretiens avec des médecins inspecteurs visant à un rappel à l'ordre alors que d'autres se seraient fait suspendre (provisoirement puis définitivement) leur Couverture médicale universelle (CMU) ou leur Aide médicale d'Etat (AME). D'autre part, toujours selon les dires d'usagers, des médecins prescrivant habituellement du Subutex® auraient refusé de continuer de le faire pour certains de leurs patients qu'ils soupçonnaient de faire un mésusage des produits de substitution ou des benzodiazépines, après avoir reçu des courriers de mise en garde de la sécurité sociale. Des pharmaciens auraient également reçu des mises en garde. Ces mesures concomitantes ont eu pour conséquence de rendre plus difficile l'accès au Subutex®, au Skénan® et au Rivotril®, qui, dans le 18ème arrondissement, sont les médicaments généralement les plus recherchés pour le commerce illicite.

---

29 Cette partie repose principalement sur les observations de l'espace urbain recueillies durant toute l'année 2005. Notes d'observation de mai, de septembre et de décembre 2005.

- **Emergence de nouvelles stratégies d'approvisionnement des médicaments**

Ces mesures ont conduit à l'émergence de nouvelles stratégies d'approvisionnement de médicaments parmi les usagers. L'une de ces stratégies consisterait, pour les personnes bénéficiant encore d'une couverture sociale, à tenter d'obtenir des prescriptions auprès de médecins desquels ils ne sont pas connus, et qui, peu habitués à recevoir des patients usagers de drogues, ne seraient pas complètement au fait des nouvelles réglementations et seraient moins vigilants dans l'établissement des prescriptions. Dans le même sens, il serait moins risqué de s'approvisionner auprès de pharmacies qu'ils n'ont pas l'habitude de fréquenter et qui, notamment du fait du lieu de leur implantation, ont rarement des usagers de drogues parmi leur clientèle. De telles stratégies sont également employées par ceux dont les droits ont été suspendus mais qui possèdent encore une attestation papier de leurs droits, où rien n'indique que ces derniers ont été suspendus. D'autres stratégies semblent aussi en augmentation : utilisation de carte vitale volée, emprunt (location) de carte vitale auprès d'usagers, développement d'une économie souterraine d'ordonnances vierges (revendue 10-20 euros l'unité), de cartes vitales et d'attestation de droits ouverts (revendue environ 50 euros l'unité).

Si, durant le premier semestre, les mesures de contrôle de la sécurité sociale n'ont pas semblé avoir d'influence nette sur la disponibilité des produits vendus au détail (par comprimé ou par plaquette), en revanche, lors du dernier trimestre, les médicaments détournés étaient nettement moins disponibles et cela, malgré les stratégies mises en place par les usagers pour contourner ces contrôles. D'autre part, durant l'année 2005, les prix des médicaments vendus au détail ont été particulièrement fluctuants : en nette hausse dès le premier semestre, puis en baisse légère lors du troisième trimestre, et de nouveau en hausse en fin d'année 2005 pour retrouver les prix observés lors du premier semestre. Selon les informations recueillies[30], à la fin du premier semestre de l'année 2005, les médicaments détournés étaient presque deux fois plus chers que six mois auparavant. Ainsi :

- le Subutex® coûtait entre 2 et 3 euros le cachet à l'unité, voire 4 euros à certains moments, contre 1 à 2 euros en 2004 ;
- le Skénan® pouvait coûter jusqu'à 5 euros le cachet, et entre 30 et 40 euros la plaquette de 7 unités, contre 2 à 3 euros à l'unité et 15 euros la plaquette en 2004 ;
- le Rivotril® ne pouvait s'acquérir à moins de 2 euros minimum la plaquette, contre 1 euro minimum en 2004 ;

30 Note d'observation de l'espace urbain, mai 2005.

- **Dégradation de la vie des usagers revendeurs de médicaments détournés**

Du point de vue du mode de vie des usagers en grande précarité, cette nouvelle situation aurait eu des conséquences importantes, pour ceux qui s'adonnaient à la revente de médicaments détournés. En effet, il est connu que, depuis un certain nombre d'années, des usagers de drogues en situation de précarité tirent parti de la possibilité de se faire prescrire des produits de substitution et d'autres médicaments psychotropes dans une quantité supérieure à leur propre usage, dans le but de revendre le surplus sur le marché noir. Cette activité constitue une source de revenus qui peut représenter une partie ou la totalité de leurs ressources globales. Or, les mesures de contrôle auraient réduit les possibilités de revenus de nombre d'usagers, avec comme effet une précarisation plus importante pour certains. Des usagers tendraient à s'orienter vers d'autres activités illicites (vols, prostitution, etc.). D'autres auraient plus fréquemment recours à la mendicité. Enfin, pour ceux qui tenteraient de poursuivre ce type d'activités, la difficulté croissante pour obtenir les médicaments, avec davantage de déplacements et de temps passé à rechercher de nouveaux médecins et de nouvelles pharmacies, conduit globalement à un état sanitaire plus dégradé.

L'une des structures intervenant dans le nord-est parisien signale que les conséquences des mesures de la Sécurité sociale (réorganisation des modalités de remboursement des consultations auprès de généralistes et mesures visant à contrôler davantage la délivrance des médicaments psychotropes) constituent l'un des événements les plus marquants de l'année 2005. Selon cette structure, l'incidence importante que ces mesures ont entraînée sur le trafic de rue (difficulté d'approvisionnement rendant les produits plus rares et donc plus chers) peut laisser « craindre un retour sensible de la consommation de certains produits comme l'héroïne ».

Diversité des trafics à Paris selon les arrondissements[31]

Si, à Paris, la quasi-totalité des produits illicites ou des médicaments détournés peuvent être achetés, il existe une véritable géographie des trafics selon les arrondissements parisiens. L'observation de terrain[32] semble néanmoins indiquer un changement de la configuration de la distribution des scènes visibles de trafic et de consommation. Les scènes du quartier des Halles (1er arrondissement) et de celui de Strasbourg-Saint-Denis (10ème arrondissement) tendraient à perdre en visibilité, voire à se décomposer progressivement, alors que la scène du 18ème arrondissement resterait stable, voire prendrait de l'ampleur. On serait donc face à une concentration progressive du phénomène parisien de la toxicomanie vers les quartiers du nord-est.

- **1er arrondissement : forte baisse du trafic de médicaments**

Depuis 2002, deux zones de trafics de stupéfiants sont signalées dans cet arrondissement par les fonctionnaires de police : l'une de cannabis autour de l'église Saint-Eustache et la seconde de médicaments détournés (notamment de Subutex® et de Rohypnol®) sur le boulevard Sébastopol. En 2005, si le trafic de cannabis subsiste et reste important dans les jardins autour du Forum des Halles, en revanche, le trafic de médicaments serait devenu beaucoup moins visible et se serait en partie déplacé vers le 18ème arrondissement (de deux à trois affaires par semaine en 2004, il y en aurait désormais une seule par mois).

- Pour ce qui est des trafics de **cannabis** (surtout de la résine), les revendeurs, âgés de 18-25 ans, principalement décrits comme étant de la communauté antillaise auraient une clientèle de « gens de passage » du fait de la situation centrale de l'arrondissement (« centre névralgique de Paris »).
- En ce qui concerne les revendeurs de **médicaments détournés**, ils seraient âgés de 30-40 ans, seraient souvent des toxicomanes qui se procureraient les médicaments en allant voir plusieurs médecins afin d'obtenir des multiprescriptions ou par le biais de cartes vitales volées et qui revendraient une partie des médicaments prescrits.

---

31 Cette partie est issue des observations recueillies auprès des fonctionnaires de police lors de la réunion du groupe focal (décembre 2005). Toutes les données de cette partie issues d'autres sources d'informations sont signalées.

32 Note d'observation de l'espace urbain, juillet 2005.

- Peu d'autres drogues (telles que le crack ou l'héroïne) seraient visibles dans l'arrondissement et les rares trafics d'ecstasy (environ dix affaires par an) seraient localisés près de la place des Innocents ou de la place Joachim du Bellay (Forum des Halles) et concerneraient des jeunes de culture techno ou gothique.

A partir du mois de novembre, un antipaludéen (Nivaquine®) pilé aurait été vendu pour de la cocaïne. Les revendeurs seraient d'anciens toxicomanes ou des « petits *dealers* de banlieue ».

Les informations recueillies dans le cadre de l'observation de l'espace urbain permettent d'apporter quelques éléments complémentaires sur les trafics et les usages dans le quartier des Halles. Le quartier des Halles semble être devenu, après le nord-est, le seul espace parisien où peut s'observer une scène de drogue significative, bien que l'activité liée au trafic y soit en baisse. Il serait toujours possible de se procurer du cannabis sans difficulté, mais les autres produits verraient leur disponibilité diminuer. Ainsi, le commerce de Subutex® et de Rivotril®, serait une activité de plus en plus risquée pour ceux qui s'y engagent (du fait de l'activité policière), et les candidats de moins en moins nombreux. En effet, dans le quartier des Halles, plusieurs usagers réguliers de Subutex® ont affirmé devoir se rendre, certains jours, dans le quartier de Château Rouge pour s'approvisionner, faute de trouver un vendeur sur place. De même, le Rohypnol®, une des « spécialités » du marché de la drogue dans le quartier des Halles, serait de moins en moins disponible. Cependant, le quartier n'aurait pas cessé d'être un lieu de regroupement de nombreuses personnes en situation de précarité, parmi lesquelles des usagers de drogues. Il semblerait que le facteur principal permettant d'expliquer ce phénomène réside dans le caractère central de ce quartier, très fréquenté et par là constituant un lieu idéal d'accès à des ressources, par exemple par la pratique de la mendicité. La population d'usagers de drogue dont on peut observer la présence aux Halles est donc assez hétéroclite : anciens usagers d'héroïne consommant du Subutex® et de l'alcool, groupes de jeunes de type *travellers* ou punks, groupes de personnes arrivées d'Europe de l'Est, etc. Les usagers du type de ceux qu'on rencontre habituellement dans le 18ème arrondissement y sont en revanche peu visibles. Par ailleurs, il a été signalé la présence récurrente dans le quartier de personnes venant de pays frontaliers. Il s'agirait notamment de Belges et d'Allemands de passage, jeunes (autour de vingt ans), ayant un genre *travellers*, et consommateurs d'héroïne et de cocaïne par voie intraveineuse ou, à défaut, de Subutex® ou de Skénan®, également par voie intraveineuse[33].

33 Note d'observation de l'espace urbain, juillet 2005.

- **4ème arrondissement : des consommateurs mais pas de trafics**

Selon les fonctionnaires de police, en matière de stupéfiants, l'arrondissement serait essentiellement concerné par les consommations, les trafics se trouvant « à côté » (1er arrondissement, quartier des Halles). Ces consommations seraient principalement de cannabis avec quelques usagers repérés dans des établissements scolaires. Bien qu'il y ait quelques contacts entre la police et certains patrons d'établissements gays, aucune information particulière n'a pu être rapportée sur les consommations dans cet espace festif. Les produits, probablement en circulation dans les bars gays du Marais, sont peu visibles par la police et il a été indiqué que la faiblesse des moyens matériels et humains de la police du 4ème arrondissement ne lui permettait pas davantage d'investigations. La Brigade anti-criminalité du 4ème arrondissement (composée d'une équipe de trois personnes) intervient dans les bars quand il y a des bagarres ou du racket.

- **10ème arrondissement : « lieux de transactions »**

L'arrondissement reste un lieu où les trafics sont relativement divers avec des ventes de cannabis, d'héroïne, de cocaïne, de crack et d'ecstasy. Le 10ème arrondissement serait principalement le lieu des transactions mais les vendeurs seraient basés dans d'autres arrondissements parisiens ou en proche couronne. Les transactions semblent être facilitées par la situation particulière du 10ème arrondissement, avec la présence de deux gares (gare du Nord et gare de l'Est), de la place de la République, du voisinage des 18ème et 19ème arrondissements et des facilités d'accès en métro vers Château Rouge (en direction de Porte de Clignancourt) et vers Châtelet-Les Halles (en direction de Porte d'Orléans).

Comparée à 2004 :

- une recrudescence, depuis juin, des trafics d'**héroïne** brune est signalée, en particulier, place du Colonel Fabien et dans les rues alentours. Le « bouchon » de 2-3 grammes serait vendu 50-60 euros. Les revendeurs sont décrits comme étant âgés de 40-50 ans, souvent d'origine zaïroise ;
- les trafics de **cocaïne** sont restés comparables à ceux de l'année dernière avec des prix stables (60 à 70 euros le gramme). Les consommateurs seraient de profil assez varié,

allant des personnes bien insérées ayant des consommations dans un cadre festif (personnes qui sortent en discothèque et consomment à l'intérieur ou à l'extérieur des établissements) à des personnes dépendantes et sans domicile fixe ;

- les trafics de **crack** sont décrits comme étant en nette baisse. Ils seraient principalement concentrés sur la ligne 2 du métro entre les stations Barbès et Belleville ainsi que du côté de Strasbourg-Saint-Denis, dans les petits passages où la visibilité est réduite, et aux abords de l'hôpital Saint-Louis. Les vendeurs comme les consommateurs sont décrits comme étant originaires des Antilles, du Sénégal et du Zaïre ;
- l'arrondissement reste peu touché par les trafics de **médicaments détournés**, à l'exception de quelques affaires de Subutex®. Des trafics de flacons de méthadone ont été découverts en 2005 à la suite d'infractions de droits communs (flacon vendu 5 à 10 euros) ;
- les ventes d'**ecstasy** (et parfois aussi de cocaïne ou de cannabis) continueraient de se dérouler aux abords des discothèques.

Des consommations de cannabis sont signalées aux abords du canal Saint-Martin. Les consommations, en général, toucheraient « toute la population » : « de l'étudiant à la personne de 40-50 ans ». Les ventes de cannabis se feraient principalement dans trois cités du 10ème arrondissement.

Les informations recueillies dans le cadre de l'observation de l'espace urbain permettent d'apporter quelques éléments sur les trafics et les usages dans le quartier de Strasbourg-Saint-Denis. D'après des témoignages, il convient de rappeler qu'à la suite des opérations de rénovation de l'îlot Chalon (12ème arrondissement), où se concentrait le plus gros des activités liées à la drogue, une grande partie du trafic d'héroïne s'est déplacé durablement aux alentours de la Porte Saint Denis et de la Porte Saint Martin. Dans les années 90, ce quartier situé à l'intersection de trois arrondissements était connu comme l'une des principales « scènes » parisiennes de vente et de consommation d'héroïne. On y trouvait aussi de la cocaïne en poudre. Cette scène a connu sa plus grande ampleur au milieu des années 90 et a commencé à décliner dans la deuxième moitié de la décennie. Ce déclin correspondrait à la baisse générale de la disponibilité de l'héroïne, à la faveur de la mise en place des programmes de substitution,

mais aussi à une activité policière plus importante, surtout au tournant des années 1990 / 2000. Si la scène n'a pas disparu, elle s'est réduite radicalement. Mais, à mi-chemin entre le nord-est parisien et le quartier des Halles, les environs de la station de métro Strasbourg-Saint-Denis continueraient d'être un lieu significatif de trafic de rue d'héroïne et de crack, d'où la présence constante d'usagers de drogue marginalisés mais se trouvant dans une situation d'errance moins prononcée que dans le nord-est parisien. L'un des usagers contacté dans ce quartier a d'ailleurs tenu à se distinguer des usagers du 18ème arrondissement, se considérant « différent de ces clochards», tout en reconnaissant qu'il entretenait régulièrement des rapports avec ces derniers, et qu'il connaissait certains d'entre eux de longue date.. De nombreux usagers circulent en effet entre ces espaces, notamment dans le but de s'approvisionner en drogues et, concernant les femmes, de se prostituer. Malgré la baisse du trafic de drogues au cours de ces dix dernières années dans le quartier de Strasbourg-Saint-Denis, des usagers de drogues continueraient de fréquenter le quartier, notamment des personnes qui ont longtemps fréquenté des lieux devenus familiers, la plupart âgés d'environ quarante ans. La consommation principale de ces usagers serait le Subutex®, associé à l'alcool, aux benzodiazépines, au cannabis, et, plus occasionnellement, au crack. Enfin, une des particularités de la scène de la drogue dans ce quartier résiderait aussi dans la présence d'usagers plus ou moins récemment immigrés d'Asie (notamment du Pakistan et d'Inde), et dont une partie ferait du commerce d'héroïne. Il semblerait que les contacts soient peu fréquents avec les autres usagers du quartier non-originaires d'Asie[34].

- **15ème arrondissement : faible activité liée à la drogue**

L'arrondissement continuerait d'être faiblement concerné par les questions de trafics de produits stupéfiants. Les interventions de la police relatives aux stupéfiants concernent essentiellement le cannabis, sans lieu déterminé de *deal* ou de consommation, et surtout des affaires de consommation plus que de trafic. Ces consommations seraient observées chez de jeunes lycéens, bien insérés, qui résident dans l'arrondissement. La procédure d'usage, lors d'une consommation dans la rue, serait généralement un rappel à la loi.

Les abords de certaines discothèques constitueraient les seuls endroits où d'autres produits que le cannabis (cocaïne et ecstasy) peuvent être observés. Il n'y aurait pas de trafic autour de la Gare Montparnasse.

34 Notes d'observation de l'espace urbain, mai et juillet 2005.

- **18ème arrondissement : apparition d'un trafic de méthadone et « retour » de l'héroïne**

Le 18ème reste un arrondissement « très sévèrement touché » par le trafic de stupéfiants qui serait principalement localisé dans les secteurs Chapelle et Château Rouge. Durant l'année 2005[35], 1.214 interpellations sur le 18ème arrondissement ont été réalisées pour infraction à la législation sur les stupéfiants. Les saisies sont : 45 kg de cannabis, 2 kg d'héroïne, 2 kg de cocaïne, 1 kg de crack, 1.221 cachets de Subutex® et 600 cachets de Skénan®. En plus des affaires de stupéfiants enregistrées dans le 18ème arrondissement, un peu moins de la moitié des affaires de droits communs concerneraient des toxicomanes (petits vols, etc.). Au total, l'arrondissement a enregistré 400-450 gardes à vue en 2005 pour *deal* ou consommation de stupéfiants, ce qui a été décrit comme étant « une mauvaise pente » par rapport aux années antérieures. Trois niveaux d'intervention des services de police existent en fonction du degré de visibilité des trafics : pour le crack, le cannabis et les médicaments détournés, les agents de police interviennent en uniforme, pour les affaires de *deal* de rue, c'est la Brigade anti-criminalité (BAC) qui intervient (en civil), et pour les trafics plus cachés (notamment le *deal* d'appartements), le groupe de recherches et d'investigation (GRI) ou le groupe initiative et stupéfiants (GIS) intervient sur information.

- Concernant le **crack**, celui-ci représenterait trois à quatre affaires par semaine et plus de la moitié des placements en garde à vue en 2005 dans le 18ème arrondissement pour transaction de produits stupéfiants. Les usagers seraient principalement des toxicomanes très désinsérés. La moitié d'entre eux seraient originaires des Antilles et une autre partie serait originaire du Maghreb. La plupart d'entre eux serait âgée de 30-35 ans environ et serait souvent très amaigrie. Un autre profil d'usagers de crack a été signalé (pour la seconde année consécutive) composé de personnes plutôt bien insérées et « gérant » encore leur consommation de crack. Par ailleurs, si auparavant, les revendeurs de crack étaient essentiellement des hommes d'origine africaine (les « modous »), désormais des « jeunes issus des cités parisiennes » les auraient remplacés. Ces revendeurs, souvent plus jeunes que les acheteurs, anciennement revendeurs de cannabis, se seraient mis à vendre du crack car ce « marché » serait plus

35 Toutes les données chiffrées citées pour le 18ème arrondissement pour les interpellations, les saisies et les placements en garde à vue ont été enregistrées entre le 1er janvier et le 13 décembre 2005.

lucratif que celui du cannabis (les acheteurs seraient fidèles, peu exigeants sur la qualité du produit, etc.). Comparés aux « modous », ces jeunes revendeurs pratiqueraient des transactions plus « cachées », par exemple dans des halls d'immeubles, et les interpellations seraient plus difficiles à conduire.

- A côté des trafics « habituels » de **médicaments détournés** (principalement Rohypnol®, Skénan® et Subutex®), en 2005, l'apparition d'un trafic de méthadone a été signalée comme un phénomène émergent dans le 18ème arrondissement. La méthadone serait vendue dans les mêmes lieux que les autres médicaments détournés et les acheteurs seraient des polytoxicomanes consommant notamment de l'alcool, du crack et du Subutex®. Le flacon serait revendu 5 à 6 euros. La question a été soulevée de la provenance des flacons de méthadone : vol d'ordonnance, vol dans des pharmacies d'hôpitaux, multiprescriptions chez des médecins de ville ?
- Autre phénomène, le « retour de l'**héroïne** » qui avait été évoqué en 2004, a été confirmé. Dans le 18ème arrondissement, il est signalé que « l'héroïne reviendrait ».
- Les autres produits (notamment ceux utilisés dans le cadre festif) sont peu visibles dans le 18ème arrondissement car ces produits circuleraient principalement en milieu fermé (appartements, discothèques, etc.). Les jeunes en errance issus du milieu festif ne viendraient pas s'approvisionner dans le 18ème arrondissement mais iraient plutôt dans le quartier des Halles.

Selon l'observation de l'espace urbain, le nord-est parisien (principalement le 18ème arrondissement) continue d'être la scène visible d'usage et de trafic de drogues la plus significative de Paris, notamment en ce qui concerne le marché des médicaments psychotropes détournés et celui du crack.

- **19ème arrondissement : cannabis et ponctuellement crack**

Les principaux trafics observés dans cet arrondissement sont des trafics de cannabis (résine ou herbe), essentiellement localisés dans des secteurs particuliers du 19ème arrondissement (certaines cités ou certaines rues). Les trafiquants sont âgés de 16 à 25 ans environ mais les « colporteurs » sont parfois beaucoup plus jeunes (12-13 ans). Si peu d'affaires liées au trafic de crack ont été enregistrées lors du premier semestre de l'année 2005, une résurgence du trafic

a été notée à partir des mois d'avril-mai. Une réactivation significative du trafic de crack aux environs de la Rotonde de Stalingrad a également été signalée à plusieurs reprises dans le cadre de l'observation de l'espace urbain[36].

Selon les données des fonctionnaires de police, cette résurgence du trafic de crack demeurerait relativement ponctuelle et les trafics seraient toujours localisés dans les mêmes lieux, déjà identifiés par les services de police. Cette résurgence semble être liée au fait que les trafics de crack se déplacent dans trois arrondissements parisiens limitrophes (10ème, 18ème et 19ème arrondissements) et que les usagers de crack se déplacent avec les trafics. Ces usagers sont décrits comme étant des personnes âgées de 30 ans environ, avec un passé de « toxico expérimenté » et « toujours les mêmes » qui disparaissent parfois pendant une période et réapparaissent par la suite (« va-et-vient » des usagers avec parfois des périodes de détention).

Il y aurait très peu de trafics de cocaïne dans l'arrondissement et encore moins de trafics d'héroïne ou de médicaments détournés.

36 Note d'observation de l'espace urbain, juillet 2005.

4. Principaux éléments sur les produits consommés à Paris

L'usage du cannabis

Les données relatives à la consommation de cannabis ne concernent que les espaces d'observation du dispositif TREND à Paris et ne peuvent être généralisables à l'ensemble des personnes consommant du cannabis, notamment celles qui ont des consommations occasionnelles et qui constituent la grande majorité des usagers de ce produit. D'après l'enquête Baromètre santé réalisée en population générale en 2005 par l'Inpes, si parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, 31 % en moyenne ont déjà expérimenté le cannabis (48 % à 18-25 ans, 39 % à 26-44 ans et 14 % à 45-64 ans), les consommations régulières de cannabis (au moins dix fois au cours des trente derniers jours) concernent 3 % de cette population (9 % des 18-25 ans, 3 % des 26-44 ans et 0 % des 45-64 ans)[37].

Le cannabis a de nombreuses appellations qui diffèrent selon le type de produit (haschich ou marijuana), l'origine du produit ou sa variété. On trouve principalement les appellations suivantes :

- **résine de cannabis :** haschich, shit, teush, teuchi, teuteu, chichon, canna, cannabis, olive, bedo, barrette, aya, afghan, zetla, taga, tchernobyl ou tchernie (mauvaise « qualité »), résine com-com (qualité « commerciale »), résine sum (très bonne « qualité »), etc.
- **marijuana** : herbe, herbes de Provence, beuh, zeub, ganja, pot, weed, Skunk, Santa Maria, White Widow, White Shark, Blueberry, Northern light, Silver (Haze, Cloud ou Shadow), Early (Sativa ou Gold), Indica, krystal, Bud, fil rouge, sdar, Bubble, etc.

Pénurie de cannabis durant le second semestre 2005

Le cannabis est le produit illicite le plus fréquemment consommé. Si, en 2005, il reste décrit par tous les observateurs comme étant « très disponible », avec un niveau élevé d'accessibilité, une pénurie de cannabis à Paris (et plus largement en Ile-de-France) entre juillet et novembre 2005

37 OFDT, INPES, « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, Exploitation des données du Baromètre santé 2005 », Tendances, n° 48, mai 2006.

a néanmoins été signalée par différents observateurs et a été évoquée dans la presse[38]. Cette pénurie aurait fait suite à une période où, au contraire, la disponibilité de cannabis (et en particulier de haschich) aurait été très importante. Selon l'observation de terrain en milieu urbain, « la période estivale a coïncidé avec une situation de pénurie de cannabis dans le 18ème arrondissement. De façon surprenante, cette pénurie qui, dans une moindre mesure, se prolonge pendant la rentrée, fait suite à une période de grande disponibilité de haschich. Sans qu'il soit possible d'en établir les causes, c'est un constat partagé par de nombreux consommateurs et *dealers*. Un jeune interviewé début septembre : 'c'est fou, le quartier est à sec. Même les *dealers* n'ont rien. Ils fument du henné. Quand du shit arrive dans le quartier, une heure après y'a plus rien. Y'en a qui passent la journée à attendre et qui finissent par se faire dépanner d'un stick, en plus c'est du shit de merde' »[39]. Selon l'observation de terrain en milieu festif, « la très forte baisse de l'offre amorcée en août a continué en septembre et octobre. Il était très difficile de trouver de la résine de qualité moyenne et le hashish de « bonne qualité » était extrêmement rare. Cela a créé une certaine effervescence »[40]. Diverses hypothèses explicatives ont été données sur cette pénurie par des revendeurs et/ou des consommateurs de cannabis : des saisies importantes de cannabis auraient été réalisées au Maroc ou en Espagne, la récolte au Maroc aurait eu du retard et aurait été moins importante qu'habituellement du fait d'une forte sécheresse, les importateurs et les gros trafiquants de cannabis auraient conclu une entente pour faire remonter le prix du cannabis, etc. D'après des personnes consommatrices de cannabis et parfois impliquées, de façon ponctuelle ou régulière, dans le trafic de ce produit, en fin d'année 2005, la situation de pénurie n'était plus d'actualité et le haschich était désormais à nouveau très disponible et de « bonne qualité » dans tous les quartiers parisiens.

Prix globalement stables sur l'année 2005 et toujours très variables selon les variétés

Même si le prix du cannabis varie selon de nombreux critères (la variété, l'origine, la concentration en principe actif (THC), la quantité achetée, la connaissance du revendeur, le lieu d'achat, etc.) et qu'il apparaît difficile de mesurer avec précision l'évolution des prix, selon

38 Par exemple, Nicolas Santolaria « J'ai plus de Shit ! Enquête sur une pénurie qui a mis le feu aux Banlieues », *Technikart*, février 2006, pp. 48-53.
39 Note d'observation de l'espace urbain, septembre 2005.
40 Note d'observation de l'espace festif, décembre 2005.

différents observateurs, la pénurie de cannabis n'aurait pas entraîné de hausse réelle de son prix. En fin d'année 2005, le prix serait redevenu identique à celui observé avant cette période de pénurie. Un morceau de haschich (couramment appelé « barrette ») de quatre grammes environ serait vendu 15 à 20 euros pour une « qualité moyenne » (4-5 euros le gramme). Des prix à 6-7 euros le gramme pour du haschich de « qualité haute » (pollen, Aya, olive, double zéro, Spoutnik, cannabis originaire d'Afghanistan ou du Pakistan, etc.), à 10-15 euros le gramme pour des variétés « exceptionnelles » (cannabis censé provenir du Népal ou du Cachemire, comme la variété appelée Manali), voire 20 à 30 euros pour des variétés extrêmement rares (« crème » de Manali, « Djungle ») sont cités. Pour ce qui est de la marijuana, elle est généralement stockée dans un sachet vendu 20 euros. Ce sachet contiendrait environ 4 à 5 grammes de marijuana lorsque celle-ci est d'une « qualité moyenne ». Les variétés de marijuana les plus réputées, de type Sinsemilla, c'est-à-dire composées exclusivement de sommités fleuries (de « têtes ») et donc plus concentrées en principe actif (THC) pourraient valoir jusqu'à 15 euros le gramme. Le sachet à 20 euros ne contiendrait alors qu'à peine plus d'un gramme de marijuana.

Diversification des variétés de haschich et accroissement de la disponibilité de marijuana

Comme chaque année, de nouvelles variétés de résine de cannabis sont citées par les observateurs, généralement supposées être davantage concentrées en THC. En 2005, la variété « Caramello »[41] a été signalée. Néanmoins, à la différence des autres années, il est noté que la difficulté à se procurer du cannabis de « qualité » durant le second semestre 2005 a sans doute « préparé » le marché pour que des variétés soient vendues plus chères qu'auparavant après avoir été simplement conditionnées de manière un peu différente, avec d'autres appelations, de façon à laisser croire qu'il s'agissait de nouvelles variétés.

D'autre part, la pénurie de cannabis, qui a principalement touché la résine, aurait conduit certains usagers à se tourner vers la marijuana et vers l'autoproduction, ce qui aurait renforcé une tendance déjà notée depuis plusieurs années d'un intérêt de plus en plus marqué pour la marijuana et pour les techniques d'autoproduction, perçues comme plus « naturelles » et qui

41 Selon un observateur, il s'agit d'une plaquette de 100 grammes, très fine, d'environ 25 cm de longueur sur 10 cm de largeur. La consistance serait très molle. Le produit, fortement odorant, dégagerait des « notes poivrées et mielleuses ». Une barrette de « Caramello » vendue 20 euros a été pesée 3,4 grammes.

permettraient de disposer de produits plus fortement concentrés en THC. Dans le cadre de l'enquête qualitative conduite par l'OFDT au niveau national sur le cannabis, avec un recueil d'échantillons de produits, l'un des collecteurs signale « Nous avons été surpris par les très nombreuses variétés d'herbe trouvées et par le nombre de ceux qui connaissaient des personnes qui plantaient ou avaient 'un placard'. Nous avons eu plusieurs témoignages fiables au sujet de caves ou de hangars, en banlieue ou en province, transformés en serre. »[42]. Certains jeunes issus du milieu festif *underground* sont décrits comme de « véritables spécialistes cannabinophiles », utilisant des techniques hydroponiques de haut niveau. Il existerait ainsi une « véritable micro-culture » des producteurs/consommateurs de marijuana qui partageraient connaissances, graines, boutures et s'entraideraient, notamment à travers des forums de discussion sur Internet.

Caractéristiques très diversifiées des personnes impliquées dans la revente de cannabis

Peu d'évolutions sont signalées en matière d'organisation de la revente de cannabis. Celle-ci se déroule soit entre connaissances (généralement les transactions se font dans des appartements, à la suite d'un achat groupé d'un des usagers), soit dans « les quartiers » (généralement dans des lieux précis : rues, bars, cages d'escalier), avec une visibilité assez importante du trafic (attroupement, nuisances sonores, etc.). La vente de rue est décrite comme se pratiquant dans tous les arrondissements de Paris et dans toutes les cités dites « sensibles » de la banlieue parisienne. Les personnes impliquées, de près ou de loin, dans la revente de cannabis (que ce soit entre connaissances ou dans « les quartiers ») apparaissent très diversifiées. Pour le trafic de rue, l'un des observateurs décrit ainsi leurs caractéristiques : « Dans un groupe qui pratique la revente de shit, on va trouver un mélange de trois composantes : des jeunes qui ne travaillent pas, revendent pour subvenir à leurs besoins et/ou à ceux de la famille et qui peuvent s'enraciner dans la délinquance, des jeunes qui sont lycéens, étudiants, apprentis ou en formation, qui peuvent participer à la revente pour avoir un complément de revenus, mais qui visent une intégration, enfin des jeunes qui travaillent, qui ne participent pas à la revente, mais restent dans la bande par solidarité avec leurs copains ». La revente de cannabis est décrite par ce même observateur comme étant rarement perçue comme une véritable activité délinquante par les revendeurs, « ce qui est perçu comme un vériable engagement dans la délinquance, ce sont les cambriolages, les vols, les rackets dans le milieu scolaire, etc. ».

42 Note d'observation de l'espace festif, juillet 2005.

Caractéristiques très diversifiées des usagers de cannabis

En dehors du fait que les usagers de cannabis sont le plus souvent relativement jeunes (moins de 30 ans environ), il apparaît de plus en plus difficile de dégager des caractéristiques spécifiques à cette population, dans la mesure où la consommation de cannabis est un comportement de moins en moins minoritaire et qui touche des individus aux profils très diversifiés. Rappelons en effet que dans l'enquête Escapad, par exemple, réalisée en 2004 lors de la Journée d'appel et de préparation à la défense, 47 % des garçons et 36 % des filles âgés de 17 ans résidant à Paris avaient consommé du cannabis dans l'année ; 16 % des garçons et 6 % des filles en avaient un usage régulier (au moins dix fois au cours des trente derniers jours)[43]. D'autre part, dans la population des usagers de drogues fréquentant les structures de première ligne, parmi ceux interrogés à Paris en 2003 dans le cadre du dispositif TREND, 45 % déclaraient une consommation quotidienne de cannabis[44]. Ainsi, du lycéen consommant occasionnellement du cannabis dans un cadre festif au jeune descolarisé le consommant relativement régulièrement et hors d'un cadre festif, en passant par le polyconsommateur désinséré utilisant quotidiennement le cannabis comme « produit de base » afin de « réguler » les effets des autres produits, les profils d'usagers apparaissent extrêmement variés. Néanmoins, en tenant compte de la régularité des usages, il semble possible de préciser que les consommateurs de cannabis apparaissent d'autant moins insérés socialement que les consommations sont régulières[45].

43 Beck F., Legleye S., Spilka S., Les usages de drogues des adolescents parisiens, Analyse de l'enquête Escapad 2004, OFDT, Mairie de Paris, décembre 2005, p. 59.

44 Halfen S., Grémy I., Etat des lieux de la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2003 : Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND), ORS Ile-de-France, juin 2004

45 Les données parisiennes de l'enquête Escapad semblent confirmer ce lien entre faible insertion et régularité des consommations de cannabis. En effet, le nord-est parisien, qui concentre une large part des ménages les moins insérés de la capitale, compte moins de jeunes consommateurs de cannabis que les arrondissements du sud et de l'ouest parisien, mais ceux-ci déclarent consommer des quantités de cannabis nettement plus élevées. Par exemple, parmi les adolescents ayant consommé du cannabis au cours du dernier mois, 17 % des Parisiens du nord-est ont déclaré avoir fumé en moyenne au moins trois « joints » par semaine contre 7 % de ceux du sud-ouest de Paris. Beck F. et al., op. cit., p. 63.

Poursuite de l'intérêt des usagers de cannabis pour les techniques de réduction des risques

Peu de changements peuvent être signalés en termes de mode d'administration du cannabis, comparé à ce qui était observé en 2004. Le cannabis est consommé depuis le « stick » individuel (sorte de petite cigarette), jusqu'au « joint » partagé (cigarette en forme de cône), en passant, plus rarement, par d'autres techniques (pipes, bhong[46], douille, narguilé) ou, très rarement, par le « space cake » (gâteau au cannabis) principalement trouvé dans les Teknivals. Si, en 2004, différents observateurs avaient signalé un accroissement de la consommation de cannabis fumé en bhong, cette année, cette pratique semble en diminution et est décrite comme étant en « perte de vitesse » et « restant utilisée par une minorité en quête d'effets puissants ». Cette diminution de la pratique serait liée aux inconvénients perçus par les usagers : la consommation de cannabis fumé en bhong provoquerait des effets irritants pour les bronches, le matériel serait très encombrant (et très repérable en cas de fouille), cette consommation, solitaire, casserait le rituel collectif du « joint ». En revanche, l'intérêt de plus en plus marqué des usagers de cannabis pour les techniques de réduction des risques, signalé en 2004, se poursuit en 2005. Ces techniques vont de l'auto-production de marijuana jusqu'à l'usage de vaporisateurs ou d'autres appareils censés réduire la quantité de goudron et d'autres éléments nocifs et permettre une consommation de cannabis sans tabac. Ces usages concerneraient notamment les personnes consommant du cannabis avec une visée plus ou moins thérapeutique (par exemple, comme anxiolytique ou antidépresseur ou pour mieux « gérer » un traitement mal supporté, par exemple, contre les hépatites ou le VIH/sida).

Des effets calmants qui assureraient une certaine paix sociale ?

Malgré cet intérêt pour les techniques de réduction des risques, le cannabis reste largement associé à d'autres produits psychoactifs pour potentialiser ou prolonger les effets d'autres produits ou « accompagner la descente » de stimulants. L'alcool, le tabac et le cannabis sont les trois associations les plus couramment rencontrées. L'une des structures conduisant des actions de prévention auprès de jeunes indique que « cannabis et alcool semblent de plus en plus considérés comme des 'compléments naturels' ». Les effets de l'usage du cannabis diffèrent selon les consommateurs mais, généralement, il est rapporté les effets suivants : apaisement, « anesthésiant des petits malheurs », détente, évasion, bien-être, état euphorique, hilarité,

46 (appelé aussi parfois « bang ») pipe à eau artisanale permettant d'obtenir des effets plus rapidement.

convivialité, anxiolytique, endormissement facilité, etc. Compte tenu du type d'effets produits par l'usage du cannabis, certains observateurs attribuent à la pénurie de cannabis observée en Ile-de-France entre juillet et novembre 2005, un rôle dans les émeutes urbaines qui se sont déroulées dans les banlieues durant le mois de novembre 2005. Nacer Lalam, économiste, spécialiste des économies informelles, indique, dans un article[47], que « cette pénurie a pu constituer un facteur contextuel non négligeable dans la crise récente […] le cannabis permet d'occuper les jeunes dans une période où dominent l'ennui et le chômage, de créer une certaine paix sociale ».

Des conséquences sanitaires plus souvent évoquées parmi les usagers de cannabis

Les problèmes de dépendance liée à l'usage régulier de cannabis semblent être plus fréquemment abordés par les usagers qu'auparavant. Certains admettraient « fumer trop », que cela « leur bouffe la vie », « les rend paresseux », crée des troubles de la mémoire, qu' « ils auraient des difficultés à s'endormir sans avoir fumé », etc. Et les demandes de prises en charge sanitaires semblent en accroissement. La prise en charge des consommations abusives de cannabis a en effet été abordée à plusieurs reprises par les professionnels de santé réunis dans le cadre du dispositif TREND Paris. Il a été signalé que la médiatisation autour des consommations problématiques de cannabis en 2005 (campagne « Le cannabis est une réalité » du Ministère de la Santé et des Solidarités, de la MILDT et de l'INPES) avait créé davantage de demandes de prise en charge mais que les pratiques médicales restaient très différentes entre les professionnels de santé, avec des évaluations rarement réalisées.

- En médecine de ville, de jeunes lycéens viendraient consulter pour des problèmes liés à des consommations importantes de cannabis débutant souvent dès le matin. Ces lycéens seraient souvent adressés par les infirmiers des Centres médico-psychologiques (CMP). Il a été indiqué que l'accroissement, en médecine de ville, des demandes de soins pour des problèmes de cannabis posait la question de la formation des médecins, notamment pour identifier s'il n'y avait pas, chez l'usager de cannabis, une pathologie psychiatrique sous-jacente ou pour faire émerger la demande de soins de la part du jeune et non pas seulement de l'extérieur (les parents, les infirmiers, etc.). Faute de formation, certains médecins prescriraient des antidépresseurs ou des neuroleptiques (le Zyprexa®, utilisé pour traiter la schizophrénie, a été cité).

47 *Technikart*, op. cit.

- Dans l'ECIMUD de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière, une nouvelle population a été identifiée. Il s'agirait d'adolescents hospitalisés en pédopsychiatrie, âgés de 13 à 18 ans, souvent placés par un juge pour une fugue ou une crise psychiatrique aiguë. Dans cette population, 80 % des jeunes auraient expérimenté l'alcool, le cannabis et le tabac avec des associations alcool / cannabis. Certains de ces jeunes consommeraient quinze à vingt « joints » de cannabis par jour.
- Dans les consultations externes, des demandes de prise en charge pour le tabac permettent de faire aussi émerger des problèmes de cannabis « sans les diaboliser ».
- Un accroissement des demandes de soins pour des usages de cannabis parmi les jeunes détenus primaires a été signalé. Le Service médico-psychologique régional (SMPR) de la Maison d'Arrêt de la Santé disposerait de peu de moyens pour pouvoir y répondre et se retrouverait confronté à une incapacité de prise en charge.

L’usage des opiacés

- **L’héroïne**

Différents termes sont utilisés par les usagers d’héroïne pour évoquer ce produit. Les plus courants sont : héro, drepou, came, meca, meu, dope, quepa. Certains termes sont plus spécifiques à l’héroïne brune : brune, marron, brown, rabla (dans l’espace festif), kabla. D’autres termes, à l’héroïne blanche : thaï, baida (blanche, en arabe), coupe Manicole, blanche.

La disponibilité d’héroïne à Paris continuerait à être en hausse

Il est signalé en 2005, comme cela était déjà le cas en 2004, que la disponibilité d’héroïne à Paris serait à la hausse, dans l’espace festif comme dans l’espace urbain avec, dans le nord-est parisien, la ré-activation signalée en 2005 de certains anciens points de vente. Cette plus grande disponibilité de l’héroïne à Paris a également été observée par des fonctionnaires de police des 10ème et 18ème arrondissements. De plus, la Brigade des stupéfiants de Paris a enregistré durant l’année 2005 une recrudescence des décès par surdose d’héroïne. Sur les onze décès enregistrés à Paris en 2005 (chiffre stable par rapport à 2003 et 2004), neuf d’entre eux impliquaient de l’héroïne (dont six associaient d’autres produits : cocaïne, cannabis, kétamine), soit une proportion plus importante que ce qui était observé ces dernières années. Les saisies d’héroïne (principalement d’héroïne brune), réalisés par la Brigade des stupéfiants auraient été régulières durant toute l’année 2005, impliquant des « petites quantités » (trois à quatre kilos). Néanmoins, malgré la poursuite de cette augmentation de la disponibilité d’héroïne à Paris, son accessibilité reste relativement faible. En effet, le trafic d’héroïne dans la rue demeure assez rare et discret et son achat se ferait généralement dans des « réseaux d’initiés » et/ou des lieux spécifiques connus des usagers (dans des appartements, des stations de métro, etc.). Comme cela a déjà été notée les années précédentes, à Paris seule l’héroïne brune serait disponible alors que quelques points de ventes en banlieue permettraient l’achat d’héroïne blanche, considérée comme de « meilleure qualité » que la brune.

Dans l’espace festif, l’héroïne (presque toujours brune et appelée « rabla ») reste quasiment exclusivement disponible dans les événements festifs de type *underground* (free parties et

teknivals) dans lesquels le produit serait consommé en « descente » de stimulants. Son accessibilité serait souvent limitée aux chill-out[48] et la « vente à la criée » observée dans ce type d'événement pour d'autres produits ne concernerait pas la vente d'héroïne.

Des prix très variables

L'héroïne blanche, moins disponible à Paris et jugée « meilleure » que la brune, est également sensiblement plus chère. Son prix minimum est de 50-60 euros le gramme, son prix maximum généralement observé est de 100-150 euros et le prix moyen aux environs de 70 à 90 euros.
Les prix de l'héroïne brune cités par les différents observateurs sont environ deux fois moindres que ceux de l'héroïne blanche : au minimum 20-25 euros (le minimum cité est de 15 euros dans le nord-est parisien), au maximum 60 à 70 euros et le prix courant, aux environs de 50 euros (30 euros dans le nord-est parisien, les deux-trois grammes n'atteindraient parfois que 50 à 60 euros). Dans l'espace festif, où seule l'héroïne brune semble être en vente, son prix serait proche de celui observé dans l'espace urbain (généralement, 40 à 60 euros le gramme, parfois 30 euros dans des teknivals).

Deux groupes de consommateurs dont les caractéristiques semblent en partie se recouper

Depuis 2003, des consommations d'héroïne parmi des personnes fréquentant l'espace festif sont signalées par différents observateurs du dispositif TREND Paris. Il semblerait donc que désormais, les usagers d'héroïne puissent être distingués en deux groupes de consommateurs, ayant des caractéristiques relativement distinctes :

- Le premier groupe, le plus important en nombre, regroupe les usagers « habituels » d'héroïne, essentiellement des hommes, âgées de 35 ans environ, relativement désinsérés socialement, voire parfois en situation d'errance. Ces usagers sont, pour certains, engagés dans une démarche de soin, bénéficiant de traitements de substitution aux opiacés mais ayant encore occasionnellement des consommations d'héroïne (principalement selon les opportunités de trouver du produit de « qualité »). D'autres usagers d'héroïne utilisent de façon détournée des sulfates de morphine (Skénan® et Moscontin®) ou de la buprénorphine haut dosage (Subutex®). En 2005, il apparaît que

48 Espace de repos aménagé.

les personnes ayant des consommations régulières d'héroïne, sans recours à des traitements de substitution (détournés ou prescrits) aux opiacés, sont désormais relativement rares.

- Le second groupe d'usagers, dont nous avions signalé l'émergence dans le rapport TREND Paris 2003, présente comme principales caractéristiques d'être plus jeunes de dix à quinze ans par rapport aux usagers « habituels » d'héroïne, de fréquenter (ou d'avoir fréquenté) l'espace festif techno de type *underground* (free parties ou teknivals), d'être des usagers de produits de synthèse (notamment d'ecstasy), d'utiliser (ou d'avoir initialement utilisé) les opiacés pour « gérer la descente » de stimulants et enfin, pour la plupart, d'avoir initié la consommation d'opiacés par la buprénorphine haut dosage (Subutex®).

Les observations de 2005 semblent néanmoins indiquer qu'il existe une perméabilité de plus en plus importante entre ces deux groupes. En effet, certains des usagers issus de l'espace festif sont passés d'un usage occasionnel d'héroïne ou d'un usage d'héroïne servant à la régulation d'autres produits (principalement « gestion de la descente » de stimulants) à un usage régulier où l'héroïne est désormais utilisée en produit principal. Ces usagers, après deux à trois ans d'usage régulier d'héroïne, présentent des caractéristiques de plus en plus proches de celles des usagers « habituels » d'héroïne (dépendance, dégradation physique, désinsertion, etc.) et sont de plus en plus visibles dans les structures de soins, notamment pour des demandes de traitements de substitution aux opiacés.

Variabilité des modes d'administration : sniffée, injectée ou fumée

Si l'héroïne est décrite comme pouvant être consommée en étant sniffée, injectée ou fumée, les différents observateurs du dispositif TREND s'accordent à noter que les modes d'administration sont variables selon les groupes de consommateurs. Schématiquement, le sniff serait dominant parmi les nouveaux usagers d'héroïne, alors que l'injection resterait le mode d'administration largement majoritaire parmi les plus anciens. Les usagers issus du milieu festif ayant des consommations d'héroïne devenues régulières consommeraient également par voie injectable l'héroïne, ce qui illustrerait aussi la perméabilité évoquée ci-dessus entre les deux groupes d'usagers. La consommation d'héroïne fumée se ferait principalement en « chassant le dragon » (le produit est chauffé sur un papier en aluminium et la fumée est aspirée à l'aide

d’une paille ou d’une pipe). Elle serait aussi parfois fumée en « joint » ou dans des petites pipes. L’héroïne serait surtout fumée par les nouveaux usagers issus du milieu festif. Il est signalé par différents observateurs de l’espace festif que l’injection est, dans cet espace, une pratique relativement stigmatisée et que les usagers qui y ont recours ont tendance à se cacher des autres et à peu « revendiquer » leurs pratiques.
Les effets attendus sont variables selon les modes d’administration mais généralement, la relaxation physique et mentale, un mélange d’euphorie et de sédation, un apaisement, une détente, sont les termes fréquemment utilisés pour décrire les attentes des usagers d’héroïne. L’injection serait le mode d’administration qui permettrait une « montée » rapide des effets (« flash ») mais ceux-ci seraient de courte durée.

L’héroïne serait de plus en plus utilisée pour « gérer la descente »

Fréquemment consommée en association avec d’autres produits (cocaïne, cannabis, alcool, LSD, ecstasy, amphétamines, etc.), avec des effets variables selon la temporalité et les modes d’administration, l’héroïne serait de plus en plus utilisée pour « gérer la descente » de produits stimulants. Il est signalé par un observateur de l’espace festif que, dans les teknivals ou les fêtes durant plusieurs jours, les usagers attendraient de moins en moins la fin de l’événement pour consommer de l’héroïne, comme c’était le cas jusqu’à présent, précisant qu’il y aurait, chez eux, une « certaine lassitude des états de fébrilité permanente dus aux hallucinogènes et aux stimulants ».
Dans l’espace urbain, cette tendance à utiliser l’héroïne pour « gérer » les effets des stimulants à été évoquée en ce qui concerne les usagers de crack. Selon des consommateurs réguliers et impulsifs de crack, la prise d’héroïne leur permettrait de faire une parenthèse de quelques heures ou de quelques jours dans la course à la « galette ». L’usage d’héroïne contribuerait ainsi, selon eux, à modérer leur consommation de crack.

L’héroïne bénéficie d’une image très contrastée

Dépendance, désinsertion, précarité, problèmes dentaires et veineux, abcès, infections, surdoses, etc., les problèmes sanitaires et sociaux liés à l’usage d’héroïne sont nombreux, notamment lors d’un usage par voie injectable, favorisant les contaminations par le VIH, et les hépatites B et C en cas de partage de seringues et/ou du matériel servant à l’injection. L’image de l’héroïne reste très associée à celle des usagers d’héroïne très désinsérés, d’un produit dont

on devient « esclave », qui dégrade, qui fait peur et qui véhicule une image liée à la toxicomanie « lourde » et à la mort. Pour de nombreux usagers d'autres produits, l'héroïne constituerait la limite à ne pas franchir. Néanmoins, chez les non-usagers d'héroïne, le produit provoquerait aussi une certaine attirance mêlée de crainte. Chez les usagers d'héroïne, la perception est également assez contrastée, et l'image semble être relativement liée au niveau de dépendance au produit. Chez les usagers dépendants, l'image est assez négative, associée à la dépendance et à la dangerosité du produit. En revanche, les usagers ayant une consommation occasionnelle (ou perçue comme telle) ont une image plutôt positive de l'héroïne, d'un produit qui aide à « gérer le stress et les descentes difficiles ». Dans l'espace festif, l'usage de l'héroïne (en particulier injectée) semble relativement stigmatisé mais lorsqu'elle est appelée « rabla » l'héroïne ferait moins peur et serait mieux acceptée. Des rumeurs circuleraient au sujet de la « rabla » : ce serait de l'opium naturel en poudre, cela se fume, donc ce ne serait pas dangereux, ce serait un produit naturel sans dangerosité, l'opium serait un dérivé de la « rabla », etc.

L'héroïne provoque un manque plus difficile à supporter que pour d'autres produits

Pour les usagers de crack, utilisant l'héroïne pour modérer leur consommation, l'héroïne bénéficie d'une perception d'un produit dont la consommation est plus facile à maîtriser que le crack, moins éprouvante physiquement et psychiquement, moins coûteuse. Mais elle tendrait à isoler davantage ceux qui en prennent régulièrement, même au sein du groupe de pairs. Un usager observateur indique « Quand tu prends de l'héro, t'as envie de rien, même pas de parler, t'as envie d'être seul. Avec le crack, tu bouges, t'es toujours en groupe ». En outre, la sensation de manque liée à la consommation régulière d'héroïne serait beaucoup plus dure à supporter : « quand tu te réveilles en manque, c'est horrible, pire que pour le crack. Si t'es juste un peu en manque, tu dois sortir tout de suite pour retrouver de la came, t'arrives pas à te laver, même pas à te mouiller le visage, tu peux rien avaler. Si t'es très en manque, tu peux même pas bouger ». Notre interlocuteur ajoute cependant que la forte disponibilité du Subutex® permet le plus souvent de faire face à ces situations de manque sans trop de difficulté[49].

49 Note d'observation de l'espace urbain, mai 2005.

- **L'opium**

Disponibilité rare et probablement en baisse

L'opium est un produit très peu disponible et extrêmement peu accessible, comme cela a toujours été le cas. Les seuls espaces où il serait disponible sont les teknivals mais, y compris dans ces événements, il est plutôt décrit comme relativement rare. Les connaisseurs affirmeraient que « l'opium est de bonne qualité, plus fin, plus agréable, plus fort et surtout plus cher que le rachacha[50] ». Le prix moyen de l'opium à Paris serait d'environ 40 euros le gramme et, compte tenu de la rareté du produit, il serait difficile de trouver à en acheter plusieurs grammes. Il n'y aurait pas véritablement de trafic d'opium à Paris et les ventes se feraient principalement entre connaissances. L'opium consommé serait généralement autoproduit en province, parfois récolté dans des champs de pavot, mais selon l'un des observateurs, le plus souvent l'opium viendrait du nord de l'Espagne où de petits producteurs de cannabis en planteraient quelques parcelles. Les usagers d'opium ont été décrits par les observateurs TREND comme étant principalement des « teuffeurs bien introduits dans des réseaux très alternatifs » ou des « vieux routards (baba cool) plutôt marginaux ». L'opium est un produit apprécié des usagers car perçu comme apaisant, non-dangereux et rassurant du fait de son côté « naturel ». Généralement détenu en petite quantité, il est consommé dans des « occasions un peu exceptionnelles, par exemple, pour accompagner une descente de LSD ». Les personnes n'ayant jamais expérimenté l'opium perçoivent le produit de façon à la fois « mythique » et attirante, l'associant aux fumeries en Asie, mais aussi à la dépendance. L'opium est généralement fumé, en bhong (pipe à eau), « en chassant le dragon », dans une cigarette, un « joint » ou un shilum[51]. Il est aussi ingéré afin de favoriser des effets plus durables, même si la pratique est jugée « moins conviviale » que lorsqu'il est fumé et que l'ingestion favoriserait des nausées et des vomissements.

Outre l'héroïne et l'opium, certains médicaments contenant des opiacés sont détournés de leur usage : les traitements de substitution aux opiacés (la buprénorphine haut dosage et la méthadone), les sulfates de morphine et la codéine.

---

50 Le rachacha est une pâte issue du pavot à la suite d'une longue décoction. Aucun observateur n'a fourni d'information en 2005 sur le rachacha.

51 pipe conique pouvant être faite en terre, en bois, en aluminium, etc.

• La buprénorphine haut dosage (Subutex®)[52]

La buprénorphine haut dosage, commercialisée sous le nom de Subutex®, est un traitement de substitution aux opiacés. Les comprimés dosés à 0,4 mg, 2 mg ou 8 mg doivent être utilisés par voie sublinguale. Les usagers évoquent la buprénorphine haut dosage en utilisant les principales appellations suivantes : sub, subu, beusu, ubu, buprénorphine, zéro quatre, deux, huit, (les appellations chiffrées indiquent le dosage).

Toujours très disponible dans la rue mais un trafic en évolution et des prix à la hausse

Le Subutex® est décrit par plusieurs observateurs parisiens du dispositif TREND comme étant toujours « très disponible » dans certaines zones de trafic à Paris. Dans l'espace festif, il est décrit comme rare à disponible dans les événements festifs de type *underground* (teknivals) et de non-disponible à rare dans les autres types d'espaces festifs.

Deux sources d'approvisionnement du Subutex® peuvent être distinguées :

- d'une part, des usagers sous traitement de substitution par Subutex® revendraient une partie de leur traitement prescrit (par exemple, trois comprimés par jour seraient prescrits et le patient en revendrait un sur les trois) ;
- d'autre part, des revendeurs, le plus souvent non-usagers de Subutex® organiseraient des trafics à plus grande échelle (vol de carte vitale, multiprescriptions, etc.).

Dans les deux cas, le remboursement du Subutex® par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) permettrait aux revendeurs de proposer à la revente des prix inférieurs à ceux pratiqués en officine de ville.

Mais, comparé à l'année 2004, il convient de souligner quelques changements majeurs concernant le trafic de Subutex® (et plus généralement des médicaments psychotropes). Les contrôles répétés effectués par les CPAM pour limiter les multiprescriptions (des assurés ayant de multiples prescripteurs de Subutex® auraient été convoqués par les CPAM) ainsi que la mise en place du protocole du médecin traitant permettant de réduire le « nomadisme médical » a contribué à rendre l'accès à des prescriptions multiples de Subutex® plus difficiles pour les revendeurs. Néanmoins, en 2005, il a été évoqué à différentes reprises des trafics importants (et

52 Dans cette partie, il est principalement question de l'usage non-substitutif du Subutex® (c'est-à-dire de son usage détourné).

en augmentation) de cartes vitales (vol de cartes, location à l'heure d'une carte vitale pour une somme de 15 euros, etc.). Il semblerait donc que les trafics de Subutex® soient en évolution, du fait d'un accès plus limité aux prescriptions. Même si la disponibilité de Subutex® ne semble pas véritablement en baisse en 2005, ces mesures ont eu pour conséquence une augmentation du prix du Subutex® sur le marché de rue, notamment en fin d'année 2005. Le comprimé (dosé à 8 mg) serait revendu environ 2 euros (variant de 1 à 5 euros) et la boîte de sept comprimés environ 10 euros (de 5 à 20 euros). En 2004, le prix courant du comprimé était plutôt aux environ de 1,5 euros et la boîte aux environs de 7 euros. A noter que dans les pharmacies, la boîte de sept comprimés dosés à 8 mg est vendue 22,24 euros.

Des usagers aux caractéristiques de plus en plus diversifiées

La description faite par les différents observateurs TREND Paris des caractéristiques des usagers de Subutex® (hors d'un cadre prescrit) montre une diversité de plus en plus importante : anciens usagers d'héroïne, jeunes plus ou moins désinsérés ayant initié leur consommation d'opiacés par le Subutex®, jeunes issus des milieux festifs (ou apparentés) qui consomment le Subutex® pour « gérer la descente » de stimulants, « clubbeurs » utilisant le Subutex® « pour avoir la pêche et draguer », usagers de crack utilisant le Subutex® pour la « descente », prostituées, anciens détenus ayant initié des consommations de Subutex® en prison, usagers plutôt bien insérés, n'ayant pas de consommation de drogues illicites, et utilisant le Subutex® « comme antidépresseur », « pour se détendre », etc. Cette diversification du profil des usagers de Subutex® constitue une des tendances observées depuis deux à trois ans à Paris.

Des associations nombreuses avec d'autres produits ou médicaments psychotropes

L'un des effets attendus de l'usage détourné du Subutex® étant de « gérer la descente » de stimulants, les associations fréquemment rapportées sont donc des prises de Subutex® à la suite de consommation de cocaïne, crack, amphétamines, ecstasy. Des associations du Subutex® avec l'alcool, le cannabis, les benzodiazépines, sont également signalées pour leurs effets favorisant la somnolence ou la « défonce ».

Pas de changement signalé sur les modes d'administration mais quelques évolutions liées à la diffusion du Sterifilt®

Le Subutex® détourné est consommé de différentes façons : par voie orale, injecté, sniffé ou fumé avec des effets qui diffèrent selon le mode de consommation. La diffusion du Sterifilt®[53] en 2005 semble avoir entraîné quelques changements dans les rituels de consommation par voie injectable, signalés par un des observateurs parisiens. « Dans le cadre du mésusage par injection, on note que certains usagers cassent systématiquement un petit bout du cachet (de un dizième à un quart) avant de préparer l'injection. Ces petits morceaux sont rassemblés dans un récipient (genre boîte d'allumettes) afin de constituer une petite réserve de produit. Cette réserve peut avoir plusieurs utilités : tout d'abord, elle s'inscrit dans une gestion du fractionnement des prises pour des usagers qui souhaitent faire plusieurs injections par jour avec un ou deux cachets. Cette pratique est appelée […] 'style céramique' par certains […}. La taille des morceaux est variable, mais elle doit répondre à deux exigences : les morceaux doivent être assez petits pour que la prise d'un seul morceau ne donne pas un effet intéressant, ils doivent être assez gros pour que quatre ou cinq morceaux pris ensemble donnent un effet suffisant pour au moins calmer le manque. En bref, cela ne doit pas être trop tentant, mais pouvoir constituer un vrai dépannage. Cette réserve peut être utilisée comme des 'cotons', c'est à dire en cas de pénurie, pour disposer d'une ou deux prises d'urgence. Cette pratique permet donc de maintenir une technique de gestion de la pénurie et du manque pour les usagers du nouveau Sterifilt® qui ne permet pas de conserver le contenu du filtre et interdit donc l'usage des cotons. Il s'agit donc de la reproduction d'une pratique sécurisante. »

Une perception plutôt négative du produit parmi les personnes ayant un usage détourné du Subutex®

Les problèmes sanitaires liés à l'usage (notamment injecté) du Subutex® détourné sont nombreux : abcès, septicémie (due à des poussières pendant la préparation ou à la réutilisation de vieux cotons), douleurs articulaires, difficultés digestives, problèmes veineux, risques

---

53 « Le Sterifilt® consiste en une membrane qui retient toutes les particules supérieures à 10 µm. Le liquide filtré est transparent et n'entraîne pas de problèmes vasculaires. Ce filtre n'est pas absorbant. Il ne retient pas de produit actif et l'utilisateur n'est pas tenté de le réutiliser comme on a pu l'observer avec les filtres en coton ou les filtres de cigarettes. ».
Source : http://www.steribox.tm.fr/francais/nouveau_filtre/sterifilt.htm, juin 2006

d'embolie pulmonaire ou cérébrale, dépendance biologique pas toujours prise en compte, etc.
Les problèmes d'abcès, d'oedèmes, de pathologies lymphatiques et circulatoires aux mains et pieds semblent être mieux pris en charge et les dommages sanitaires liés à l'injection de Subutex® mieux connus des usagers. De plus, la diffusion du Sterifilt® est décrite par un des observateurs comme ayant un « honnête succès » même si la résistance principale parmi les usagers est la conviction que le produit injecté doit être opaque pour produire des effets, or le produit filtré devient transparent.
Les dommages sanitaires entraînés par l'usage détourné du Subutex® conduisent les usagers à avoir une image relativement négative du produit : « produit dangereux », provoque une dépendance plus forte que celle de l'héroïne, « drogue de pauvre », « venin », « jolie saloperie », « mauvais produit qui cumule les risques en cas d'injection », etc.

- **La méthadone[54]**

La méthadone (appelée parfois par les usagers « métha » ou « thamé ») est une substance opiacée psychotrope inscrite sur la liste des stupéfiants. Le traitement (sous forme de sirop) doit être initié par un médecin exerçant dans un Centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST), un service hospitalier spécialisé, ou, depuis la circulaire de janvier 2002, par tout médecin hospitalier. Dans une première phase, le traitement est délivré quotidiennement par le centre, avec des analyses toxicologiques urinaires réalisées chez l'usager. Dans une seconde phase, un relais en médecine de ville peut être envisagé, après avis du médecin du CSST, et la méthadone délivrée en officine de ville. De plus, un rythme de délivrances du traitement plus espacé peut également être envisagé.

Des trafics rares mais qui pourraient être en hausse

La méthadone est un médicament dont le détournement reste très rare. Sa disponibilité, hors d'un cadre médical, apparaît donc faible et le plus souvent occasionnelle. Des usagers sous traitements utiliseraient exceptionnellement leur surplus de méthadone comme monnaie d'échange pour acheter des produits illicites ou des médicaments détournés. Sauf ces rares cas,

54 Dans cette partie, il est principalement question de l'usage détourné de la méthadone.

le trafic est décrit comme quasiment inexistant. Néanmoins, pour la première fois en 2005, différents observateurs (groupe focal « Police » et groupe focal « Sanitaire ») ont signalé le développement probable d'un marché parallèle de méthadone. Dans le 10ème arrondissement de Paris, des trafics de flacons de méthadone ont été découverts en 2005 à la suite d'infractions de droits communs (flacon vendu 5 à 10 euros). L'apparition d'un trafic de méthadone a été signalée par un fonctionnaire de police comme un phénomène émergent dans le 18ème arrondissement. La méthadone serait vendue dans les mêmes lieux que les autres médicaments détournés et les acheteurs seraient des polytoxicomanes consommant notamment de l'alcool, du crack et du Subutex®. Le flacon serait revendu 5 à 6 euros. Les médecins réunis dans le cadre du groupe focal ont également évoqué le développement probable du marché parallèle de méthadone en 2005. Ainsi, parmi les 244 patients nouvellement inclus dans le programme du Bus méthadone de Médecins du Monde, 100 étaient positifs à la méthadone lors des examens d'inclusion et, pour 80 d'entre eux, la méthadone était acquise hors d'un cadre prescrit. Le développement de ce marché parallèle a été associé au fait que le cadre de prescription de ce produit serait devenu moins strict depuis la circulaire de janvier 2002 autorisant tout médecin hospitalier à initier un traitement par méthadone (et non plus les seuls médecins exerçant en CSST ou dans un service hospitalier spécialisé). De rares cas d'injection de méthadone ont été signalés (environ trois cas par an rencontrés à l'ECIMUD de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière) avec un volume de méthadone pour quatre volumes d'eau dans des seringues de 10cc.

La méthadone semble être utilisée de façon détournée dans deux circonstances : pour « gérer » un manque ponctuel lié à l'usage d'opiacés (« en cas de panne sèche de came ») ou pour « gérer la descente » de crack. L'alcool est fréquemment utilisé en association avec la méthadone (qu'elle soit détournée ou pas), notamment pour en potentialiser les effets. La méthadone détournée est fréquemment perçue comme un produit de dépannage, pouvant aider à sortir de l'addiction. Néanmoins, la dépendance qu'elle entraîne conduit d'autres usagers à dire que la méthadone « accroche plus que la came », que « c'est un piège de l'Etat[55] ».

55 Dans le sens où cela permettrait à l'Etat d'exercer un contrôle social, en dispensant un produit entraînant une forte dépendance.

- **Les sulfates de morphine (Skénan®)**[56]

Disponibilité du Skénan® toujours en hausse mais prix stables

Appelée par les usagers Skénan, skén, ken, neske, sulfates de morphine, le produit détourné serait principalement disponible dans deux zones de Paris, où les trafics de médicaments sont généralement importants : aux abords du métro Château-Rouge (18ème arrondissement) et, dans une moindre mesure, dans le quartier des Halles (1er arrondissement). Ce serait aussi les deux zones où des consommations de Skénan® dans la rue seraient visibles, entraînant des problèmes majeurs pour les riverains (scènes d'injection dans la rue ou dans les cages d'escaliers, violences entre usagers et/ou revendeurs, matériels d'injection laissés dans la rue, etc.). Dans le reste de Paris, le produit serait difficilement disponible, même si des trafics ont été signalées dans le Sud de Paris (13ème arrondissement et aux abords de la Porte de Vanves). Malgré les mesures de contrôle signalées dans le chapitre 3, le Skékan® semble continuer à être plus disponible qu'auparavant, comme cela avait déjà été observé en 2004 et le marché est décrit comme étant « en expansion » du fait que le Skénan® serait le « produit détourné le plus lucratif ». A l'exception du 18ème arrondissement de Paris où le démarchage se ferait dans la rue, l'accessibilité au Skénan® resterait assez faible, essentiellement par le biais du bouche à oreille et dans des réseaux de connaissances. Le prix courant indiqué par différents observateurs est de 2-3 euros la gélule de 100 mg, de 10 à 25 euros la plaquette de 7 gélules et de 20 à 30 euros la boîtes de 14 gélules. La question de l'accès à des prescriptions de Skénan® a été posée par plusieurs observateurs du dispositif TREND Paris. En effet, bien que les sulfates de morphine (Moscontin® et Skénan®), analgésiques majeurs, soient parfois prescrits comme substitution à l'héroïne, il n'existe pas d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour cette indication[57]. Or, parmi les nouveaux usagers d'opiacés inclus en 2005 dans le programme du Bus méthadone de Médecins du Monde, il est constaté, lors de l'examen à l'admission, qu'il y a toujours autant (voire plus) de personnes qui avaient pu obtenir du Skénan® sur prescription.

---

56 Dans cette partie, il est question de l'usage détourné du Skénan®. Aucune information n'a été rapportée sur les usages détournés de Moscontin® durant l'année 2005.

57 OFDT, Drogues et dépendances, données essentielles, La Découverte, Paris, 2005, p.38

Augmentation probable des usages de Skénan® chez des jeunes relativement marginalisés

Les personnes ayant un usage détourné de Skénan® se caractérisent par une grande désinsertion. Si leur profil semble assez varié (anciens usagers d'héroïne, femmes prostituées, usagers de drogues pricipalement originaires de Pologne, jeunes issus du milieu festif de type *underground*), les jeunes semblent être en augmentation parmi les usagers de Skénan® détourné. La plupart d'entre eux (garçons et, dans une moindre mesure, filles) sont des jeunes en errance issus des milieux festifs (ou apparentés). Ces jeunes (20-30 ans) vivraient dans des squats et consommeraient le Skénan® en injection. Le Skénan® constituerait la base quotidienne de leurs consommations. Certains jeunes injectant le Subutex® se tournerait aussi désormais vers le Skénan® pour avoir un « vrai effet » et par peur des problèmes veineux et d'abcès causés par le Subutex® détourné par voie injectable. Ces jeunes usagers tenteraient aussi, avec succès parfois, de se procurer auprès de médecins de l'Actiskénan® (sulfate de morphine à libération immédiate, contrairement au Skénan® qui est à libération prolongée) dans le but de se « défoncer ». C'est la première fois en 2005 que l'Actiskénan® est cité par des observateurs du dispositif TREND Paris. Certains jeunes usagers de Skénan® se tourneraient désormais vers des structures de soins pour pouvoir bénéficier de traitements de substitution aux opiacés par la méthadone. Ainsi, parmi les nouveaux usagers d'opiacés inclus en 2005 dans le programme du Bus méthadone de Médecins du Monde, il est noté un accroissement de la proportion de jeunes (en 2005, 23 % ont moins de 25 ans). Ces jeunes sont souvent issus du milieu festif et vivent en situation d'errance. Certains résident encore chez leurs parents mais la plupart vivent dans des squats. Leur style est apparenté à celui de la culture techno, notamment avec des piercings. Le primo-usage d'opiacés a généralement débuté par le Skénan®. Il est souligné que pour près de la moitié des nouveaux usagers inclus en 2005, il existe une consommation d'alcool associée.

L'injection serait principalement utilisée pour les usages détournés de Skénan®, entraînant des dommages sanitaires majeurs

L'injection est signalée par des observateurs différents comme étant le mode d'administration « utilisé dans 90 % des cas », dans le cadre de l'usage détourné du Skénan®. Dans 10 % des cas, il serait sniffé (exceptionnellement avalé). Parmi les patients nouvellement inclus dans le programme du Bus méthadone de Médecins du Monde, 25 % avaient une consommation quotidienne de Skénan® (environ un gramme par jour) et la totalité l'injectait. Ces usagers

avaient souvent utilisé le Skénan® en première injection puis l'avait remplacé par la suite par le Subutex®, également consommé injecté. Les dommages sanitaires liés à l'injection de Skénan® sont majeurs : problèmes veineux et infectieux, atteintes artérielles, abcès importants, etc. Cependant, ils seraient moins connus que ceux liés à l'injection de Subutex®, ce qui conduirait les usagers à prendre moins de précaution quant à la préparation du Skénan® (lors de l'injection, du filtrage, etc.). Se présentant sous forme de microbilles à l'intérieur d'une gélule, le produit, pour être injecté, est écrasé pour en faire une poudre, puis dilué dans un peu d'eau, chauffé et filtré avant l'injection. Cette préparation demandant cinq à dix minutes, certains usagers « pressés » verseraient directement la poudre dans le corps de la seringue avec un peu d'eau, mélangeraient un peu et s'injecteraient le produit.

Des prises en charge par la méthadone plus complexes dans le cadre des usages détournés de Skénan®

Lorsque les patients utilisent du Skénan®, la difficulté, pour la mise en place de la méthadone, résiderait dans le risque de surdose s'ils continuent à s'injecter le Skénan®. Pour qu'ils puissent arrêter le Skénan®, de fortes doses de méthadone seraient alors nécessaires. Au début, les doses seraient de 60 - 80 mg de méthadone puis seraient augmentées progressivement. Parfois les patients continueraient à s'injecter 100 mg par jour de Skénan® pendant quelques semaines, en plus de la méthadone, puis renonceraient au Skénan® conduisant alors les médecins à augmenter une dernière fois la dose de méthadone. A titre d'exemple, un patient du Bus méthadone de Médecins du Monde qui prenait 90 mg de méthadone et qui continuait à s'injecter 200 mg de Skénan® par jour pendant un an, s'est stabilisé ainsi et a cessé de consommer de façon détournée du Skénan®, ce qui a conduit les médecins à augmenter la dose de méthadone à 140 mg par jour. Pour le Subutex® détourné, la prise en charge serait plus simple qu'avec le Skénan® détourné car le Subutex® ne provoquerait pas de sensation « de plaisir », donc les patients se sentiraient immédiatement mieux sous méthadone et les doses de méthadone nécessaires seraient plus faibles. Par exemple, un patient qui s'injecte 16 mg de Subutex® par jour sera le plus souvent stabilisé avec 60 - 70 mg de méthadone et parfois moins. Le problème du Skénan® détourné serait la sensation provoquée qui se rapprocherait davantage de l'injection d'héroïne.

- **La codéine (Néocodion®)[58] reste rarement détournée**

La codéine, commercialisée sous le nom de Néocodion®, est un médicament qui reste assez peu fréquemment détourné et aucune tendance nouvelle n'a été signalée en 2005 par les différents observateurs de TREND Paris. Le produit est surtout utilisé en dernier recours, lorsque le manque aux opiacés se fait sentir et qu'il n'y a pas d'autres produits disponibles. Le Néocodion® serait consommé uniquement par voie orale, associé à de l'alcool, lorsqu'il est en sirop, pour potentialiser ses effets. Son usage détourné en grande quantité provoquerait de fortes démangeaisons, des oedèmes et des risques importants de troubles hépatiques. Pour limiter les effets de démangeaison, les comprimés seraient nettoyés à l'eau pour en supprimer la pellicule bleue les recouvrant. Les usagers de Néocodion® détourné aurait une perception relativement négative du produit : de fortes quantités seraient nécessaires pour produire des effets (par exemple, une boîte de Néocodion®) mais il apparaît aussi comme un palliatif facilement accessible en pharmacie et donc relativement pratique. Pour les usagers d'autres produits que la codéine, celle-ci serait le « degré zéro de la défonce » et le Néocodion® perçu comme la « drogue du clochard ».

58 Dans cette partie, il est question de l'usage détourné du Néocodion®.

L'usage des produits stimulants

- **La cocaïne**

La cocaïne est évoquée par les usagers sous différentes appellations. Les plus courantes sont : coke, keco, cc, cess, neige, poudre, drepou, dreu, coco, caroline, cécile, végé, synthé, etc.

Disponibilité de la cocaïne toujours en hausse

La cocaïne en poudre est signalée par la majorité des observateurs du dispositif TREND Paris comme étant « très disponible », que ce soit dans l'espace urbain ou dans les espaces festifs (commerciaux, privés ou de type *underground* comme les free parties ou les teknivals). Les tendances mises en relief en 2004[59], à savoir davantage de disponibilité et d'accessibilité de ce produit au sein de groupes plutôt insérés socialement, notamment à l'occasion de moments festifs et dans des établissements nocturnes, se confirment cette année encore. Les observations relevées dans le cadre de TREND Paris confortent l'idée largement partagée d'une certaine « démocratisation » de la cocaïne dont la consommation régulière semblait jusqu'alors limitée à des milieux plutôt aisés, artistiques et « branchés ». L'une des structures conduisant des actions de prévention auprès de jeunes indique une « diffusion de plus en plus massive de la cocaïne dans tous les milieux festifs : galas et soirées d'étudiants, vernissages, … partout ». Une autre structure indique « le maintien de la cocaïne au zénith des consommations » comme étant l'un des événements les plus marquants de l'année 2005. Le produit est également décrit comme étant relativement accessible (« facile pour n'importe qui de s'en procurer à condition de se brancher un peu »). La qualité de la cocaïne (évaluée à partir de son niveau de « pureté » perçue) semble être néanmoins d'autant plus mauvaise que le produit serait facilement accessible.

59 Les consommations de cocaïne et de crack ont fait l'objet d'une investigation spécifique dans le rapport TREND Paris en 2004, pp. 146-160.

Des prix très variables

Le prix de la cocaïne apparaît extrêmement variable selon le niveau de « pureté » du produit, la quantité achetée, les quantités disponibles, la concurrence entre revendeurs, le type d'espace où le produit est acheté, les relations que l'usager peut entretenir avec le revendeur, etc. Dans l'espace urbain, le prix moyen pour un gramme de cocaïne de faible qualité serait d'environ 40-50 euros et, pour un produit de meilleure qualité de 70-80 euros (avec des prix pouvant aller jusqu'à 140 euros). Dans l'espace festif, les prix seraient en relation avec la qualité de la cocaïne et l'état de l'offre présente durant la soirée. Le prix moyen d'un gramme de cocaïne serait de 60-80 euros avec des prix généralement plus bas (et une qualité moindre) en fin de soirée (35-50 euros) ; l'appréciation des usagers en fin de soirée étant plus faible, du fait de l'effet des produits déjà consommés, la cocaïne vendue serait alors d'une moindre qualité qu'en début de soirée (de plus en plus « coupée » avec d'autres produits). Il a néanmoins été observé une tendance à la baisse du prix de la cocaïne dans l'espace festif lors du dernier trimestre de l'année 2005, avec des qualités jugées « acceptables voire bonnes » pour 40-50 euros le gramme.

Diversité des caractéristiques des revendeurs de cocaïne…

Différents observateurs du dispositif TREND Paris signalent une grande diversité des revendeurs de cocaïne. Du revendeur de rue au revendeur contacté par téléphone et rencontré dans un appartement, la revente de cocaïne se ferait désormais de plus en plus dans certains établissements nocturnes ou dans certaines soirées. Dans ce contexte, le produit serait revendu soit directement par des personnes fréquentant la soirée (« personnes totalement immergées dans leur milieu »), soit par des personnes venues spécifiquement dans ces espaces pour vendre de la cocaïne. Il y aurait également beaucoup d'échanges (par exemple, un gramme de cocaïne contre dix cachets d'ecstasy). Les trafics seraient beaucoup plus actifs en fin de semaine, aux abords de certains établissements nocturnes.

… et diversité des caractéristiques des usagers de cocaïne

Les caractéristiques des personnes ayant un usage, régulier ou occasionnel, de cocaïne, apparaissent très diversifiées. Il est possible de distinguer deux principaux groupes :

d'une part, une population, très majoritairement masculine, d'usagers socialement désinsérés consommant généralement également des opiacés (héroïne ou traitement de

substitution). Ces usagers ont des consommations très régulières (voire compulsives) de cocaïne et utiliseraient le plus souvent la voie injectable, mode d'administration qui favoriserait l'effet d'un « flash » (montée très rapide des effets). Certains de ces usagers polyconsommateurs s'injectent la cocaïne en association avec de l'héroïne (mélange appelé speed-ball) ce qui permettrait de potentialiser les effets de l'héroïne. Des usagers utiliseraient aussi des benzodiazépines afin d'atténuer les effets de la « descente » de cocaïne.

- d'autre part, des usagers, plutôt jeunes, insérés socialement, faisant un usage le plus souvent « récréatif » de cocaïne, le week-end lors de sorties festives, administrée généralement par voie nasale. Chez certains de ces usagers, il est néanmoins observé des consommations plus régulières (plusieurs fois par semaine) avec parfois des difficultés à « gérer » leur consommation. Des associations de la cocaïne avec de l'alcool, de l'ecstasy et du cannabis sont fréquemment rapportées parmi ces usagers.

Sniffée, injectée ou fumée selon les effets attendus

Quel que soit le mode de consommation de la cocaïne, les effets recherchés sont ceux d'un stimulant (excitation, sentiment de puissance, désinhibition, confiance en soi, etc.). La façon de consommer le produit provoquera ces effets plus ou moins rapidement, avec plus ou moins d'intensité et plus ou moins durablement. La cocaïne en poudre semble être le plus souvent consommée par voie nasale (sniffée). Ce mode d'administration produirait des effets rapidement, serait le plus facile à mettre en œuvre car ne nécessitant pas de préparation, bien qu'entraînant des dommages sanitaires tels que des saignements et des douleurs dans les cloisons nasales pouvant, en cas d'usage régulier, conduire à des lésions perforantes. L'injection de cocaïne (la poudre est dissoute dans de l'eau puis injectée) est un mode d'administration qui semble être utilisé essentiellement par les usagers les plus compulsifs : nécessitant peu de produit, l'injection de cocaïne entraînerait un « flash » mais provoquerait, outre les problèmes infectieux liés à l'injection, une dépendance rapide et très forte. La cocaïne est également, mais plus rarement, consommée fumée, en cigarette (« joint ») ou en « chassant le dragon » mais les effets seraient moindres et ce mode de consommation provoquerait des nausées. Enfin, certains usagers transforment la cocaïne (« base » la cocaïne) en y adjoignant de l'ammoniaque, ou plus rarement du bicarbonate de soude, ainsi que de l'eau. Chauffé, et du fait de l'évaporation de l'eau, le mélange se transforme en cristaux blancs et est alors appelé free

base ou crack. Ce produit, issu de la cocaïne, est généralement fumé avec des pipes artisanales (faites, par exemple, avec des doseurs, des boîtes de conserve ou des canettes) ou plus rarement il est injecté. La partie suivante du rapport porte spécifiquement sur le crack / free base.

Des effets sanitaires majeurs

Outre les dommages sanitaires liés à chaque mode d'administration (sniffé, injecté, fumé) et la forte dépendance psychique entraînée par la cocaïne, les effets sanitaires liés à la consommation de cocaïne, rapportés par les observateurs de TREND, sont nombreux. En 2005, il a été signalé par l'ECIMUD de l'Hôpital La Pitié-Salpêtrière cinq accidents vasculaires cérébraux (avec ou sans séquelles) suite à un « usage chronique et abusif » de cocaïne et d'amphétaminiques (la cocaïne est souvent « coupée » avec des amphétamines) ainsi qu'un abcès du cerveau chez une personne consommant pluriquotidiennement de la cocaïne par voie nasale. Enfin, des cas de candidoses disséminées, liées à l'injection de cocaïne ont été notifiés dans le cadre de l'enquête Canditox. Les autres observateurs signalent également des troubles psychologiques (dépression, paranoïa, irritabilité, etc.), des contractures musculaires, des crampes, des pertes d'appétit et de poids importantes, des troubles du rythme cardiaque pouvant provoquer des arrêts cardiaques, une baisse de tension, etc.

Un produit qui bénéfice d'une image relativement positive

Les dommages sanitaires pouvant être causés par la consommation de cocaïne semblent être relativement sous-estimés par les usagers de cocaïne chez lesquels le produit bénéficie d'une image relativement positive. Le produit tendrait à se banaliser parmi les personnes fréquentant les espaces festifs (commerciaux ou non) et la cocaïne semble être fréquemment considérée comme peu dangereuse (drogue de performance) et conviviale. Même si certains usagers sont conscients des risques de dépendance, il semble exister une certaine fascination par rapport à ce produit liée notamment au statut quelque peu élitiste que la cocaïne continuerait d'avoir mais également au fait que la cocaïne pourrait être consommée hors d'un cadre festif, sans mettre l'usager en marge de la société. Chez les usagers d'autres produits que la cocaïne, celle-ci est souvent considérée comme un produit de luxe, elle serait relativement attractive et, même si elle continue de faire peur (« drogue dure »), ce serait moins le cas qu'auparavant, d'autant que ses effets sont souvent perçus par les non-usagers comme pouvant être maîtrisés.

- **Le crack / free base**

Crack, free base : deux appellations pour un produit identique mais des modes d'usages et des usagers différents

Le crack / free base est un produit préparé à partir de cocaïne en poudre, d'ammoniaque, ou plus rarement de bicarbonate de soude, ainsi que d'eau. Chauffé, le mélange se transforme en cristaux blancs, du fait de l'évaporation de l'eau. Les termes de crack et de free base expriment le même produit mais des modes d'usages et surtout des groupes d'usagers différents. Globalement, les usagers consommant du crack (appelé aussi caillou, iouka, galette) apparaissent très précarisés et désocialisés. Souvent sans abri, ils vivent dans l'errance, occupant ponctuellement des squats. Pour beaucoup, ce sont d'anciens usagers d'héroïne sous traitement de substitution aux opiacés. Ce sont généralement des usagers relativement âgés (30-40 ans) et majoritairement de sexe masculin. Une partie d'entre eux revendent des médicaments (benzodiazépines, Subutex®, etc.) dans la rue pour s'assurer quelques revenus, venant parfois en complément du Revenu minimum d'insertion (RMI) dont ils peuvent être bénéficiaires. Ils achètent généralement le crack dans sa forme déjà préparée. Les usagers consommant du free base (appelé aussi base, cocaïne cuisinée, cocaïne / coke / cc basée), généralement issues du milieu festif techno / punk, sont souvent les usagers les plus précarisés et les plus compulsifs par rapport à l'usage de produits psychoactifs. Certains d'entre eux vivent dans des squats. Le produit est acheté dans sa forme non-préparée, c'est-à-dire sous la forme de cocaïne en poudre, et la préparation semble faire partie du « rituel » de consommation. Un autre profil d'usagers de crack a été signalé par les fonctionnaires de police (pour la seconde année consécutive) composé de personnes plutôt bien insérées et « gérant » (encore ?) leur consommation de crack. Ce type d'usagers a également été décrit par une structure de première ligne et défini comme « usagers d'appoint ».

Multiplication des lieux de trafics de crack dans le nord-est de Paris : disponibilité en hausse

Une large partie des trafics de crack en Ile-de-France se déroule dans le nord-est parisien (Château-Rouge, Stalingrad, Strasbourg-Saint-Denis, etc.), secteur « traditionnel » de la revente de crack dans cette région. De l'avis des usagers observateurs mobilisés dans le dispositif, le crack aurait été en 2005 très disponible dans le nord-est parisien. Cette situation serait due en partie à la multiplication des lieux de vente. De nombreux lieux de vente auraient en effet

simultanément une activité conséquente. Ce serait le cas d'espaces très circonscrits au cœur du 18ème arrondissement qui sont de façon récurrente des scènes d'usage, de rabattage et de consommation ; de certains quartiers des alentours, tels que les abords de la Rotonde de Stalingrad ; de lieux situés le long des Maréchaux, notamment autour des Portes de Saint Ouen, de Clignancourt, de la Villette, etc. Les fonctionnaires de police présents lors de la réunion du groupe focal ont indiqué la présence de trafic de crack dans les 10ème, 18ème et 19ème arrondissements. Dans le 10ème arrondissement, les trafics de crack durant l'année 2005 sont décrits par les fonctionnaires de police comme étant en nette baisse. Ils seraient principalement concentrés sur la ligne 2 du métro entre les stations Barbès et Belleville ainsi que du côté de Strasbourg-Saint-Denis, dans les petits passages où la visibilité est réduite, et aux abords de l'hôpital Saint-Louis. Dans le 18ème arrondissement, le crack occupe une place importante dans les affaires de stupéfiants (trois à quatre affaires par semaine). Durant l'ensemble de l'année 2005[60], parmi les 612 placements en garde à vue dans le 18ème arrondissement pour transaction de produits stupéfiants, 350 l'ont été pour trafic de crack (soit 57 %). En revanche, dans le 19ème arrondissement, si peu d'affaires de stupéfiants liées au trafic de crack ont été enregistrées lors du premier semestre de l'année 2005, une résurgence du trafic a été notée par les fonctionnaires de police à partir des mois d'avril-mai, mais qui, selon eux, demeurerait relativement ponctuelle et dont les trafics seraient toujours localisés dans les mêmes lieux, déjà identifiés par les services de police. Quelques scènes de trafics semblent exister de façon plus ponctuelle dans d'autres secteurs de Paris ou de la région. En banlieue parisienne par exemple, des trafics de crack ont été signalés par des observateurs du dispositif TREND mais ces ventes ne dureraient généralement pas longtemps et ne donneraient pas lieu à des scènes permanentes. Comme le souligne un observateur (questionnaire qualitatif d'une structure de première ligne), « la primauté de la scène dite de Stalingrad se voit parce qu'un usager, même du sud de Paris, passera tôt ou tard sur cette scène, ce qui montre qu'il n'y a pas encore de solution de rechange durable ». Dans les espaces festifs, le crack (vendu dans sa forme déjà préparée) serait quasiment absent, dans la mesure où les usagers « baseraient » eux-mêmes la cocaïne (*cf.* partie sur la disponibilité de cocaïne).

60 Entre le 1er janvier et le 13 décembre 2005.

Multiplication des modalités d'approvisionnement du crack : accessibilité en hausse

Parallèlement à cette multiplication des lieux de trafics de crack en 2005, différents observateurs de TREND Paris (observation de terrain dans l'espace festif ou dans l'espace urbain, groupe focal « Police ») signalent un changement dans l'organisation du trafic de crack et une plus grande diversité des modalités d'approvisionnement. Selon les fonctionnaires de police, si auparavant, dans le 18ème arrondissement, les revendeurs de crack étaient essentiellement des hommes d'origine africaine (les « modous »), désormais des « jeunes issus des cités parisiennes » les auraient remplacés. Ces revendeurs, souvent plus jeunes que les acheteurs, anciennement revendeurs de cannabis, se seraient mis à vendre du crack car ce « marché » serait plus lucratif que celui du cannabis (les acheteurs seraient fidèles, peu exigeants sur la qualité du produit, etc.). Comparés aux modous, ces jeunes revendeurs pratiqueraient des transactions plus « cachées », par exemple dans des halls d'immeubles, et les interpellations seraient plus difficiles à conduire. Cette même observation a été rapportée par des personnes issues d'un groupe de squatters, apparentés à la mouvance festive Techno-Punk. Ceux-ci ont indiqué se fournir en crack dans une cité située dans l'extrême nord du 18ème arrondissement, près du périphérique, où des personnes issues de ces quartiers vendent du crack de « bonne qualité ». Dans cette cité, de jeunes *dealers*, qui auparavant vendaient du cannabis et parfois de l'héroïne et/ou de la cocaïne, se seraient mis à vendre du crack. Il semblerait que cette scène de trafic ne fonctionne que très occasionnellement. Le *deal* et la consommation de crack créant trop de problèmes d'environnement, de comportement, etc. (agressivité, vol, etc.) qui perturbaient trop la vie des riverains et par conséquent attiraient la police. La venue de personnes très voyantes, habillées en « teuffeurs tekno punks » dont le « look » ne cadrait pas avec le profil des habitués de la cité aurait suscité de vives inquiétudes et réactions de la part des riverains. Aussi, le *deal* serait désormais beaucoup plus discret et les personnes dont l'apparence se fait trop remarquer auraient des difficultés à acheter du crack dans cette cité[61].

Selon les données de l'observation dans l'espace urbain[62], le trafic de crack se serait adapté à une situation marquée par une forte présence policière dans le 18ème arrondissement et une intensification des actions de lutte contre les stupéfiants. Les acteurs du *deal* de crack seraient les mêmes qu'auparavant, c'est-à-dire soit des *dealers* africains très mobiles (modous), soit des

61 Note d'observation de l'espace festif, mai 2005.
62 Notes d'observation de l'espace urbain, mai et septembre 2005.

jeunes des quartiers du nord-est de Paris exerçant à proximité de leur lieu d'habitation. Il semblerait cependant que ces derniers tendent progressivement à contrôler une part plus importante de ce commerce, leur ancrage dans ces territoires étant un facteur décisif pour échapper à l'action de la police.

- **Les modous** : les *dealers* du type modou resteraient néanmoins assez actifs dans les environs de la Goutte d'Or, tout en veillant à se faire plus discrets. Dans ce but, ils veilleraient à limiter leur présence et leur visibilité par différentes stratégies. L'une d'entre elles consisterait à ne vendre que des parts de crack correspondant à une valeur minimum de 50 euros, c'est-à-dire équivalentes au double de la « galette » habituellement vendue entre 20 et 30 euros[63]. Une autre stratégie serait qu'un même modou ne fasse pas plus d'une transaction par jour, en fournissant plusieurs personnes d'un seul coup. Ainsi, un modou ferait, une seule fois dans la journée, une tournée dans les rues où il est susceptible de croiser des usagers, puis il donnerait, à ceux qui souhaitent s'approvisionner et en ont les moyens, rendez-vous dans une station de métro à proximité du lieu de rencontre. Ensuite, il se rendrait à la station et prendrait le métro, lorsqu'il aurait réuni autant de clients que de parts de produits dont il dispose, discrètement suivi par ses clients et enfin, toujours suivi par ses clients, il descendrait de la rame à une station, à chaque fois différente, récupérerait le produit dissimulé dans un couloir de métro et ferait instantanément l'échange avant de disparaître, avec l'argent mais sans drogue.
- **Les jeunes** : le trafic de crack au détail pratiqué par quelques jeunes hommes de certains quartiers du 18ème arrondissement serait quantitativement de plus en plus important depuis quelques mois. Les personnes interrogées sur cette question mettent en avant plusieurs raisons susceptibles d'expliquer ce phénomène. On peut identifier grossièrement deux types d'explications récurrentes dans les entretiens. D'une part, celles qui soulignent les facteurs contextuels qui facilitent l'activité du *deal* : il semblerait notamment que le fait d'être originaire d'un quartier, d'y bénéficier de complicités locales, que celles-ci se manifestent de façon directe ou indirecte, constitue pour les *dealers* une protection relativement efficace face à l'action policière. Et

63 L'unité de vente est la « galette », de laquelle on peut tirer trois à cinq morceaux (appelés « cailloux ») correspondant à la quantité inhalée en une seule fois.

d'autre part, celles qui mettent en relief la rentabilité du trafic de crack pour des jeunes désœuvrés et sans revenus. Ainsi, l'existence d'un marché de la drogue à proximité du lieu d'habitation, de même que la possibilité d'y prendre part facilement, éventuellement de façon ponctuelle, inciteraient des jeunes à s'y risquer.

Si en 2005, il ne nous a pas été rapporté l'émergence de nouvelles formes de revente de crack, le fait nouveau est l'existence simultanée de modalités de *deal* qui tendaient habituellement à se succéder en fonction du type d'action policière du moment. Un usager souhaitant acquérir du crack aurait désormais le choix de s'approvisionner :

- dans la rue, par le système de rabattage associant usagers et modous traditionnels, ou directement auprès d'usagers-revendeurs ;
- toujours dans la rue, auprès de jeunes habitant le quartier. Les personnes impliquées dans ce type de *deal* tendraient actuellement à adopter des stratégies plus efficaces pour contourner la vigilance des forces de police. Ainsi, des groupes issus de différents quartiers du 18ème arrondissement et des alentours tenteraient de se coordonner. Des observateurs ont rapporté que des petits revendeurs connus des usagers et repérés par la police dans leur quartier d'origine peuvent poursuivre leur activité plus discrètement dans un autre quartier où ils sont moins connus ;
- dans le métro, directement auprès des modous, selon des modalités décrites ci-dessus ;
- dans des squats qui sont à la fois des lieux d'habitation, de consommation, de *deal* et de prostitution, ces squats étant généralement plus petits et plus clandestins que les squats ayant fait l'objet d'évacuations successives en 2004.

Compte tenu de cette multiplication tant des lieux de trafics de crack que des modalités de son approvisionnement, de l'avis unanime des usagers interrogés, la disponibilité du crack dans le 18ème arrondissement aurait rarement été aussi forte que durant le second et le troisième trimestres 2005 et la « qualité » du produit tendrait aussi à s'améliorer. Néanmoins différents témoignages ont été recueillis de personnes qui, croyant acheter du crack dans le 18ème arrondissement, se seraient vu revendre du « basuco » (sorte de cocaïne impure[64]). En 2005, le prix du crack serait plutôt à la baisse ou plus exactement, les revendeurs, de l'avis d'usagers, se montreraient plus « généreux » qu'habituellement, notamment en ce qui concerne la taille des parts de crack vendues au prix de 30 euros.

64 Le basuco est issu de la première étape dans la transformation chimique de la coca. Il contient des produits particulièrement toxiques (kérosène, acide sulfurique, etc.).

Des modes d'usages et des conditions de vie multipliant les dommages sanitaires

Le crack / free base est consommé en étant fumé ou, plus rarement, injecté. Lorsqu'il est fumé, le mode d'administration le plus courant serait l'usage d'un doseur en verre (comme ceux utilisés pour servir l'alcool dans les cafés) avec un filtre (ou fourneau) fabriqué par les usagers à partir de fils de cuivre. Ce serait le plus utilisé par les usagers de rue, car une fois le doseur préparé, celui-ci peut être utilisé plusieurs fois. Une évaluation d'un outil de réduction des risques (appelé Kit base) liés à l'usage du crack réalisée par l'association Espoir Goutte d'Or a permis de dresser une description précise des modalités d'usages du crack[65]. « Pour la fabrication de ce filtre [fait à partir d'un fil électrique souple], la gaine en plastique est retirée à l'aide d'un cutter et/ou des dents, et les fils qui se trouvent à l'intérieur sont roulés en boule pour faire une sorte de pastille. Cette dernière est ensuite brûlée pour en 'extraire' les impuretés et introduite dans le doseur. Une fois la 'galette' […] achetée, [les usagers] se servent d'une lame de cutter ou d'une partie de canette pour enlever le plastique dans lequel la galette est souvent emballée pour ensuite la couper en petits morceaux. Ceux-ci sont alors déposés sur le filtre et chauffés à l'aide d'un briquet. Soumis à cette chaleur, le caillou fond, se transforme en huile et la fumée est aspirée à grandes bouffées. Après avoir fumé, une partie de cette huile (le résidu) reste à l'intérieur de la pipe. Ce résidu est perçu par les usagers comme du 'concentré' de cocaïne, très recherché pour être fumé. Pour ce faire, les usagers grattent l'intérieur de leur doseur avec une lame ». Pour certains usagers, le doseur qui a servi plusieurs fois représenterait une valeur marchande importante. Les dommages sanitaires liés à ces pratiques sont nombreux : coupures des mains et des lèvres avec le cutter et/ou le doseur, brûlures des lèvres causées par la chaleur du doseur, ampoules, brûlures et inflammations au pouce par le frottement répété de la molette du briquet (« pouce de cracker »), etc. Lors de partages de la pipe entre usagers, les risques de transmission d'infections (VIH et surtout VHC) apparaissent importants, du fait des différentes plaies, qui constituent autant de voies de contamination, et des conditions souvent très insalubres dans lesquelles ces consommations se déroulent. A cela s'ajoutent les effets sanitaires plus directement liés à la consommation de crack : problèmes cardio-vasculaires et pulmonaires, troubles comportementaux (état paranoïaque, irritabilité, psychose, etc.), déshydratation, etc. Les dommages sociaux, liés à la perte de contrôle entraînée par le produit, sont également majeurs.

---

65 Espoir Goutte d'Or, Rapport d'évaluation du « Kit Base », novembre 2004, p. 10.

Des associations multiples pour « gérer la descente »

Lors de la consommation de crack, les effets ressentis par l'usager (très forte excitation) seraient extrêmement rapides mais également très brefs (environ deux minutes), suivie d'une « descente » nerveusement très pénible, ce qui conduirait à vouloir re-consommer immédiatement. Le crack est fréquemment consommé en association avec d'autres produits (drogues ou médicaments détournés), dont la principale fonction est précisément la « gestion de la descente » du crack : alcool, cannabis, opiacés (héroïne, Subutex®, Skénan®), Rivotril®, Rohypnol®, Valium®, sont les principaux cités par les observateurs du dispositif TREND. Si le crack est perçu par les non-usagers comme un « produit qui rend fou et parano », « très dangereux », « qui dégrade », « hyper addictif », « qui prend le pas sur la volonté de l'individu », « mal vu en teuf », paradoxalement, cette image négative apparaît attirante chez certaines personnes issues du milieu festif, qui seraient fascinées par ce produit diabolisé et décrit comme « procurant des effets d'une puissance incomparable ».

- **l'ecstasy**

Les appellations les plus fréquemment utilisées par les usagers pour évoquer l'ecstasy sont : taz, xta, tata, X, xeu, cacheton, cachet, pills, MDMA, meudeumeu, bonbons, parachute, madame, « gel » (de gelule), plomb, etc.

Faible disponibilité de l'ecstasy hors de l'espace festif

L'ecstasy est toujours signalé comme étant « disponible » à « très disponible » dans l'ensemble des espaces festifs (commerciaux ou non) couverts par les observations TREND ou à proximité de ces espaces : free parties, teknivals, raves payantes, soirées privées, clubs et discothèques, squats, bars, galas étudiants, etc. Hors de ces espaces, le produit reste peu disponible (même si sa disponibilité est en hausse) et son accessibilité demeure assez limitée, hors d'un réseau associé, de près ou de loin, à l'espace festif.

Changement de caractéristiques des trafics d'ecstasy

Si, jusqu'à présent, dans les espaces festifs, les revendeurs d'ecstasy étaient largement composés de personnes fréquentant ces espaces qui revendaient une partie des produits achetées (usagers-revendeurs), il est signalé en 2005 qu'une part de plus en plus importante des

revendeurs d'ecstasy serait désormais composée de « jeunes issus des quartiers périphériques de Paris » venus spécifiquement dans ces espaces festifs ou aux abords de ceux-ci pour revendre de l'ecstasy. Ces revendeurs vendraient des comprimés d'ecstasy à l'unité mais également en quantité plus importante (de quelques dizaines de comprimés à quelques centaines). Ces revendeurs (parfois accompagnés de chiens de combat) sont décrits comme venant en « bandes organisées », « cassant les prix » pour s'accaparer le marché, ayant une attitude « agressive » et « intimidante » à l'égard des revendeurs apparentés au milieu festif. Ce changement de caractéristiques du trafic pourrait laisser craindre une diffusion plus importante de l'ecstasy dans les espaces urbains périphériques de Paris, dont seraient issus ces revendeurs.

Prix relativement stables par rapport à 2004

Les prix de l'ecstasy sont décrits par les différents observateurs comme étant relativement variables, en fonction de la quantité de produit acheté, du type d'espace festif (les prix pratiqués sont plus élevés dans les espaces festifs commerciaux) ou de l'heure (en fin de soirée, les prix ont tendance à diminuer). Néanmoins, le prix moyen de l'ecstasy le plus fréquemment cité par les différents observateurs est de 5 euros le comprimé (variant de 3 à 15 euros). Les offres de trois comprimés (voire quatre en fin de soirée) pour 10 euros seraient de plus en plus courantes. L'ecstasy en poudre serait vendue de 40 à 60 euros le gramme dans les espaces festifs de type *underground* (free parties et teknivals) et de 60 à 80 euros (jusqu'à 100 euros) dans les espaces festifs commerciaux (raves payantes).

La diversification des caractéristiques des usagers d'ecstasy se poursuit avec l'émergence d'un usage d'ecstasy parmi des toxicomanes désinsérés

L'ecstasy est un produit principalement consommé dans un cadre festif par des jeunes, garçons et filles, plus ou moins apparentés à la culture techno. Néanmoins, depuis plusieurs années, les différents observateurs du dispositif TREND Paris (de l'espace urbain ou festif) notent une diversification des caractéristiques des usagers d'ecstasy, bien au-delà du milieu techno, rendant plus difficile leur description. Globalement, ce sont, comme en 2004, des usagers issus de groupes culturels différents de ceux déjà connus qui sont identifiés (hip hop, fusion, hard rock en 2004, trip hop, rap en 2005) ou des jeunes (14-16 ans) de moins en moins apparentés à des groupes culturels spécifiques. Les consommations d'ecstasy sont également décrites comme se « démocratisant » et touchant de plus en plus de jeunes issus des quartiers périphériques.

Néanmoins, le fait marquant à souligner en 2005, cité par deux observateurs (une structure de première ligne intervenant dans le centre de Paris et l'observation de terrain dans l'espace urbain) est une tendance à l'augmentation de la consommation d'ecstasy (en usage de régulation où l'ecstasy, consommé de façon occasionnelle, aurait la « fonction » d'une benzodiazépine) parmi les usagers de drogues très marginalisés du 1er arrondissement et du 18ème arrondissement. Si cette tendance se confirmait, la présence de l'ecstasy parmi les produits de consommation courante de ce public spécifique constituerait un exemple de perméabilité entre l'usage de drogue en milieu urbain et en milieu festif.

Davantage de consommation par voie nasale

Les comprimés d'ecstasy sont le plus souvent consommés par voie orale (« gobés » selon l'expression utilisée par les usagers) mais il est signalé, pour la seconde année consécutive, un accroissement de la consommation d'ecstasy par voie nasale (sniffé). En l'absence d'ecstasy en poudre, les comprimés sont alors écrasés puis finement pilés. L'une des structures intervenant dans l'espace festif indique « Le sniff est en train de devenir un mode de consommation courant pour l'ecstasy, même s'il est réputé donner des effets moins puissants tout en assurant une montée un peu plus rapide et intense ». Ce mode de consommation serait jugé plus « convivial ». D'autre part, il permettrait de partager un comprimé en deux ou trois « lignes », et donc d'en consommer à plusieurs personnes à moindre coût. Selon cette même structure, le sniff d'ecstasy « permet de prendre de plus petites quantités et correspond à un usage plus urbain du produit [sans effet soutenu et prolongé] ». D'autres modes d'administration sont rapportés : la poudre d'ecstasy est mise dans du papier à rouler les cigarettes puis avalée, l'ecstasy est dissout dans une boisson, généralement de l'alcool (les usagers partagent ou offrent de l'ecstasy en dispensant la poudre par pincée dans les verres), l'ecstasy est fumé (il s'agirait d'un « rite de convivialité » lorsqu'il reste peu de produit) en « chassant le dragon », en « joint » ou dans des « bhongs ». Il est signalé aussi par différents observateurs que l'usage injecté d'ecstasy, bien que restant extrêmement minoritaire, pourrait être en hausse par rapport à l'année dernière.

Quantité consommée en hausse

D'après les observations conduites dans les espaces festifs, il semble de plus en plus courant de rencontrer des usagers qui indiquent avoir consommé cinq à six comprimés d'ecstasy durant la nuit (ou dix à quinze voire vingt durant le week-end) ou qui disent ne pas savoir combien ils en ont consommés. Quoi qu'il en soit, la consommation associée de deux à trois comprimés pour « débuter la soirée » apparaîtrait assez fréquente avec des prises répétées par la suite pour relancer les effets. L'une des structures conduisant des actions de prévention auprès de jeunes indique avoir eu plusieurs témoignages de jeunes expliquant que « un à deux xta pour la nuit, ce n'est même pas la peine ». Le faible coût du produit (environ 10 euros les trois comprimés), sa large disponibilité et accessibilité dans les espaces festifs, la tolérance au produit créée par des usages répétés, des produits plus faiblement dosés en principe actif MDMA (les analyses conduites dans le cadre de Sintes le confirment) pourraient constituer autant d'éléments expliquant une hausse probable des quantités consommées par les usagers d'ecstasy.

Des effets sanitaires non négligeables mais peu perçus parmi les usagers

Si les effets attendus de l'ecstasy sont généralement la désinhibition, la stimulation, l'euphorie, l'empathie, une forte envie de communiquer avec les autres et plus généralement des modifications sensorielles, les effets ressentis, notamment lors de la « descente », peuvent créer une certaine nervosité et confusion mentale chez l'usager et provoquer des montées d'angoisse et un état dépressif. Les consommations associées d'autres psychotropes pour réguler les effets de l'ecstasy semblent de plus en plus nombreuses, notamment pour « gérer » les effets liés à la descente d'ecstasy (cannabis ou opiacés peuvent être utilisés dans ce cadre). Des consommations associées avec du LSD ont aussi été rapportées en 2005, en « descente », afin de « rendre le *trip* plus joyeux ». D'autres consommations associées permettraient de « potentialiser » les effets de l'ecstasy (alcool, cocaïne, amphétamines). Les principaux effets sur la santé de la consommation d'ecstasy cités par les observateurs sont des angoisses (type « *bad trip* »), des vomissements, des maux d'estomac, une déshydratation lors des épisodes de consommation. Lorsque les consommations sont régulières, des troubles qui se rapprocheraient des symptômes de la dépression sont rapportés, avec des problèmes de confusion mentale, de troubles de l'humeur, de la mémoire et de la concentration ainsi qu'une amplification de pathologies psychiatriques existantes. Néanmoins, l'ecstasy bénéficie plutôt d'une bonne image parmi les usagers : « pas de fête sans ecstasy », « produit phare pour les

jeunes de 16 à 20 ans », « *drug of choice* pour les teuffeurs », « produit de référence pour les clubbeurs », etc. L'image parfois plus négative du produit parmi les usagers est essentiellement liée à l'appréciation sur la qualité du produit jugée mauvaise. La poudre, généralement moins « coupée » que les comprimés d'ecstasy, bénéficierait d'une meilleure image. Beaucoup d'usagers pensent en effet que ce sont les produits de coupe qui sont dangereux et non le principe actif, MDMA. Chez les non-usagers, l'aspect chimique du produit (généralement « coupé » et donc perçu comme dangereux) constitue le principal frein à son utilisation.

- **Les amphétamines (ou speed)**

Les appellations les plus fréquemment utilisées par les usagers pour évoquer les amphétamines sont : amphètes, amphés, speed, deuspi, PCP.

Disponibilité rare dans l'espace urbain et importante dans l'espace festif

Les amphétamines sont décrites par tous les observateurs de l'espace urbain comme étant un produit rarement disponible et inversement par tous les observateurs des espaces festifs comme étant disponible (voire « très disponible » dans les free parties et les teknivals), à l'exception des clubs et discothèques où le produit serait faiblement disponible. Le produit, vendu sous forme de poudre, viendrait souvent de Belgique, de Hollande, d'Angleterre ou d'Europe de l'Est, notamment de République Tchèque. Hors de l'espace festif, les amphétamines ne seraient accessibles que par l'intermédiaire de réseaux, souvent en lien avec des personnes originaires d'Europe de l'Est. Le prix courant du gramme d'amphétamine en poudre serait de 10 euros environ (15-20 euros au maximum), soit environ le même prix que pour le gramme d'amphétamine en pâte. Pour les amphétamines vendues sous forme liquide, le prix moyen serait de 5-10 euros la goutte. En revanche, les amphétamines seraient très rarement vendues sous la forme de gélule ou de comprimé.

Des usagers, plutôt précaires, principalement issus de l'espace festif techno underground

A l'exception de quelques usagers d'amphétamines vivant dans l'errance et originaires d'Europe de l'Est (qui seraient souvent d'anciens soldats), les usagers d'amphétamines décrits par les observateurs sont généralement très apparentés au milieu festif techno, notamment à la culture techno de type *underground*. Les usagers, garçons et filles, plutôt assez précaires, sont

décrits comme de « jeunes teuffeurs » ou « squatteurs » ou « travellers ». Les personnes fréquentant les espaces festifs et disposant de davantage de moyens financiers consommeraient peu les amphétamines, préférant comme produit stimulant l'usage de la cocaïne. Un autre usage des amphétamines plus ou moins régulier (et plus ou moins sur prescription médicale) à été décrit par une structure chez des personnes qui ne prennent pas d'autres drogues et qui font des travaux pénibles.

Le sniff est le principal mode de consommation

Les amphétamines sont principalement consommées en sniff ou par injection. Plus rarement, il est décrit des consommations d'amphétamines par ingestion (en boulette, le plus souvent lorsque l'amphétamine se présente en pâte, enroulée dans une feuille de papier à cigarette), les effets seraient alors plus durables mais moins intenses ou diluée dans une boisson pour la forme liquide des amphétamines (avec néanmoins peu d'effet). Le produit, le plus souvent sniffé, se consommerait généralement de manière collective et se partagerait facilement, du fait de son faible coût. Les effets attendus sont ceux d'un stimulant (excitation, euphorie, désinhibition, etc.) mais les amphétamines seraient également utilisées pour potentialiser les effets d'autres produits (par exemple l'ecstasy), pour ses effets « dégrisants » (par exemple avec la cocaïne), pour donner un effet stimulant à un autre produit (par exemple, le cannabis ou la kétamine). Elles permettraient aussi de limiter les ivresses liées à la consommation d'alcool. Des opiacés seraient parfois utilisés en association pour « gérer la descente ». Outre les conséquences pour la santé liées à chaque mode d'administration du produit (sniff, injection), les dommages sanitaires liés à la consommation d'amphétamine et rapportés par les observateurs du dispositif TREND Paris sont principalement des tremblements, des palpitations, des crampes (d'estomac ou des mâchoires), des angoisses, des crises d'anxiété pouvant déboucher sur de la paranoïa, une irritabilité, des problèmes dentaires graves pour les usagers réguliers, des insomnies, une perte d'appétit, etc. Néanmoins, l'image du produit est plutôt positive parmi les usagers. L'une des structures intervenant dans l'espace festif indique que « les amphétamines sont LE produit de la free qu'on trouve à profusion, la défonce de base, une valeur sûre qui sert de booster ». Chez les usagers d'autres produits, les amphétamines sont fréquemment perçues comme un « produit bas de gamme », la « cocaïne du pauvre », rendant les consommateurs agressifs, agités et dérangeants pour les autres.

- **Le crystal (ou ice) : toujours invisible**

Le crystal (ou ice) est une métamphétamine dont la consommation est de plus en plus massive aux Etats-Unis et dans certains pays d'Asie et du Pacifique. Dans le cadre du dispositif d'observation TREND Paris, son nom a été évoqué pour la première fois en 2004 dans l'espace festif gay. Ce produit aurait des effets stimulants sexuellement produisant aussi une désinhibition importante et favorisant les comportements sexuels à risque face au VIH/sida et aux autres IST. Le crystal était alors décrit en 2004 comme ayant un fort pouvoir de fascination dans le milieu gay, comme étant très convoité mais aussi comme étant « la drogue dont on parle beaucoup mais qu'on ne voit jamais ».

En 2005, les différentes observations réalisées dans le cadre de TREND (observation de terrain dans les espaces festifs, y compris les espaces festifs gays, observation de terrain dans l'espace urbain, intervenants auprès des usagers de drogues, professionnels de santé, fonctionnaires de police, etc.) montrent peu d'évolution par rapport aux observations de 2004. Le crystal apparaît toujours invisible, même si c'est un produit dont on continue de parler, notamment dans le milieu gay. Quoi qu'il en soit, à Paris, aucune saisie de crystal n'a jusqu'à présent été réalisée et seul un échantillon de produit a pu être collecté en Ile-de-France dans le cadre de SINTES (en 2002, sous l'appelation « ice », le produit contenait 79 % de méthamphétamine). En 2005, un échantillon de produit, recueilli dans le cadre de SINTES, et vendu comme étant de la métamphétamine s'est avéré, après analyse, n'être qu'une amphétamine moins « coupée » que celle généralement vendue, et contenant 44 % d'amphétamines (SINTES). Un autre échantillon, là également vendu comme étant du crystal, s'est avéré, après analyse, n'être qu'un mélange de Nivaquine® et de sucre… Par ailleurs, à la fin de l'année 2005, des rumeurs, qu'il convient de considérer avec une grande prudence, ont fait état d'un début de vente de crystal dans le contexte du *deal* de rue mais aucun des usagers observateurs contactés n'a eu accès à ce produit. Néanmoins, la consommation de plus en plus massive de ce produit aux Etats-Unis et dans certains pays d'Asie et du Pacifique (en particulier en Polynésie), notamment parmi des populations précaires, peut laisser craindre l'émergence de ce produit dans un avenir plus ou moins proche. De même que, l'intérêt suscité par ce produit dans l'espace festif gay, dans un contexte de relâchement marqué des comportements sexuels de prévention, apparaît préoccupant. Des actions de prévention sont actuellement menées en milieu festif par un groupe de travail dirigé par le chef de projet Toxicomanie de la Préfecture de Paris et la Mairie de Paris. Ce groupe est composé de diverses associations, de la Brigade des Stupéfiants de Paris (BSP), de syndicats regroupant des établissements de nuit et plus particulièrement le Syndicat national des établissements gays, SNEG.

L’usage des produits hallucinogènes de synthèse

Les produits hallucinogènes de synthèse (LSD, GHB, kétamine, solvants, poppers, protoxyde d’azote) sont principalement utilisés dans les espaces festifs.

- **Le LSD**

LSD est l’abréviation de l’allemand *Lyserg Säure Diäthylamid*, diéthylamide de l’acide lysergique, obtenu à partir de l’ergot de seigle (Wikipédida). Le LSD est fréquemment appelé par les usagers acide, trip, peutri, peupeu, buvard, carton, gélat, goutte, etc.

Le LSD : un produit disponible presque exclusivement dans l’espace festif

Les observations concordent sur le fait que le LSD n’est quasiment disponible que dans les espaces festifs, principalement de culture techno et apparenté à la sous-culture *transe* et néo hippie. Le LSD est décrit comme « très disponible » dans les événements *underground* (free parties et teknivals) et « disponible » dans les raves payantes (de culture *transe*) ou les soirées privées. Sa disponibilité semble néanmoins être assez irrégulière et, à la différence des observations conduites à Paris en 2004, il n’est pas noté une hausse générale de la disponibilité du LSD en 2005. En revanche, il y a toujours une tendance à la diversification des formes de produits vendus. A côté des produits « habituels », c’est-à-dire le buvard (petit papier imbibé d’acide, souvent orné d’un dessin[66]), le LSD liquide (goutte vendue pour 300 mg de LSD) ou les micropointes (petits morceaux ressemblant à une mine de crayon), est apparu à Paris en 2005 du LSD en gélatine. Il s’agit d’une goutte de LSD déposée entre deux feuilles de gélatine de taille similaire à un buvard mais plus fortement dosée, vendue sous la forme de minuscules cônes de gélatine solidifiée. Cette forme serait très recherchée, ayant la réputation d’être davantage dosée. D’autre part, elle serait moins facile à reproduire et limiterait ainsi la revente de produit ne contenant en réalité pas de LSD. En effet, une grande partie des buvards vendus pour du LSD n’en contiennent en réalité pas et il régnerait une grande méfiance vis-à-vis des buvards de LSD. Les prix seraient stables par rapport à 2004, environ 10 euros, quelle que soit la forme vendue (buvard, goutte, micropointe ou gélatine) mais pourraient atteindre parfois 15

66 Par exemple des étoiles (étoiles noires et blanches, étoiles bleues), personnages Titi et Gros Minet, Simpson, etc.

euros (goutte vendue pour 400 mg, qualité annoncée du produit, offre et demande, etc.). Le prix élevé serait parfois perçu par les usagers comme étant un élément rassurant sur la « qualité » du produit et gage d'authenticité.

Du « voyage psychédélique » au « bad trip »

Les consommateurs de LSD sont principalement des étudiants ou des lycéens, fréquentant l'espace festif techno et ayant généralement expérimenté d'autres produits hallucinogènes avant d'initier des consommations de LSD. Des consommateurs plus âgés sont également signalés, décrits comme étant de « vieux hippies ». Le produit serait quasiment exclusivement consommé par voie orale (avec quelques très rares cas d'injection, généralement des expériences uniques). Le buvard, souvent fractionné, serait plongé dans une boisson ou directement avalé avec une boisson. Les gouttes seraient parfois déposées sur un sucre ou distillées dans les yeux. Les effets attendus sont ceux d'un hallucinogène puissant procurant une excitation, une euphorie extrême, un sentiment d'exaltation mystique et de liberté, une perte de repère spatio-temporel, une introspection, etc. Les termes de « voyage psychédélique » ou « de symbiose avec l'environnement » sont fréquemment employés pour décrire les effets. Néanmoins, le LSD est connu comme pouvant entraîner des « *bad trip* », c'est-à-dire des intoxications aiguës qui se manifestent principalement par des sensations désagréables, parfois terrifiantes, de fortes angoisses ou des crises de panique, qui peuvent être généralement gérés par l'entourage (écoute, réconfort, etc.). Les effets du LSD s'échelonnant sur plusieurs heures, d'autres produits psychoactifs sont utilisés, généralement, soit pour « adoucir la descente » de LSD, soit pour en relancer les effets. Le cannabis, l'alcool et l'ecstasy sont fréquemment cités dans ce cadre. La consommation associée de kétamine avec du LSD permettrait quant à elle d'accentuer l'effet du « voyage » et la perte de repère spatio-temporel. Le LSD bénéficie d'une bonne image parmi les usagers (« produit mythique » procurant des « expériences très fortes », « produit qui tient ses promesses », etc.) même si les dangers liés à des expériences de « *bad trip* » entraînent parfois de l'appréhension. En revanche, parmi les non-usagers de LSD, c'est principalement la crainte liée au « *bad trip* » ainsi qu'aux accidents pouvant être causés par la perte totale de contrôle de soi-même (par exemple, à l'idée de voler comme un oiseau) qui donne au LSD une image angoissante d'un produit dangereux, même si, chez certains, il existe également une certaine fascination.

• La kétamine

La kétamine, appelée aussi kéta, két, ké, spécial K, est un produit d'anesthésie générale utilisé en milieu hospitalier ou vétérinaire. Son usage détourné, à forte dose, modifie la perception de soi et de l'environnement et peut donner l'impression que l'esprit est détaché du corps (effets de dépersonnalisation, de dissociation et de décorporation). Des pertes de mémoire, d'équilibre, de la notion du temps et de l'espace, associées à des hallucinations importantes sont fréquemment rapportées. A plus faible dose, la kétamine entraînerait une légère euphorie et une désinhibition propice aux rencontres. Compte tenu des effets de la kétamine, le produit serait exclusivement consommé dans un cadre festif.

Produit peu accessible et peu disponible, prix en hausse par rapport à 2004

La kétamine est un produit relativement peu disponible, y compris dans les espaces festifs fréquentés par les consommateurs de ce produit (principalement espace festif techno, espace festif gay, milieu « branché ») et très peu accessible, sauf à connaître des usagers. La kétamine consommée à Paris viendrait principalement d'Angleterre et d'Italie (l'Espagne, l'Inde, le Portugal ont été cités comme étant aussi des pays fournisseurs) et serait revendue au sein de réseaux très confidentiels. Son prix moyen, dans sa forme en poudre, serait de 50-60 euros le gramme, ce qui, comparé à l'année 2004, montrerait une hausse sensible puisque les observateurs parisiens du dispositif TREND avaient situé son prix courant aux environs de 40 euros le gramme.

Tendance à la diversification des caractéristiques des usagers de kétamine

Comme en 2003 et en 2004, deux groupes d'usagers de kétamine peuvent être distingués :

- les usagers de kétamine issus du milieu festif techno de type *underground* (free parties et teknivals), en particulier apparentés à la sous-culture hardcore ou hardtek.
- les hommes fréquentant l'espace festif gay chez lesquels le produit serait principalement recherché pour ses effets anesthésiants, dans le cadre de pratiques sexuelles « hard ». L'un des observateurs signale un usage en expansion dans le milieu gay.

Néanmoins, comparé aux années précédentes, les observateurs signalent de « nouveaux » groupes d'usagers de kétamine qui ne rechercheraient pas les effets de dépersonnalisation entraînés par des consommations importantes de kétamine mais les effets plus euphorisants (proche de l'ivresse alcoolique) pouvant être obtenus par des quantités consommées plus faibles de produit. Ces consommateurs ont été décrits comme de « jeunes branchés » fréquentant les clubs et les discothèques. Des usagers de kétamine apparentés à la culture punk ont également été signalés. L'une des structures conduisant des actions de prévention dans les espaces festifs signale « La kétamine s'est largement répandue dans de nouveaux groupes (plutôt branchés) […] depuis que les consommateurs ont appris à la consommer en plus petite quantité. […] Au final, elle apparaît comme assez anodine, puisque produit pharmaceutique détourné, mais utilisé en petite quantité, ni hallucinogène, ni dotée d'effets négatifs sur la santé clairement documentés ». Cette même structure indique que la kétamine serait « le produit à la mode qui vient parfois de Grande-Bretagne et qui incarne une certaine 'branchitude' ».
La consommation de kétamine a également été signalée dans les milieux échangistes, dans une recherche des mêmes effets que ceux décrits dans le milieu gay.

La kétamine : un produit sniffé souvent consommé en association

La kétamine est principalement sniffée (petite « traces » répétées toutes les deux ou trois heures). Lorsque la kétamine est achetée en liquide, avant d'être consommée en sniff, elle se prépare en la chauffant dans une casserole jusqu'à cristallisation du produit qui sera ensuite pilé. Quelques rares pratiques d'injection en intramusculaire sont rapportées par deux structures, ainsi que des consommations de kétamine par voie orale (en boisson). La kétamine semble être consommée en association avec de nombreux produits, selon les effets recherchés : cannabis, alcool, cocaïne, ecstasy, LSD, amphétamines, etc. La kétamine peut intervenir comme « produit de mise en route » en début de soirée, comme « modulateur » des effets d'autres produits durant la soirée (accentuer les effets du LSD par exemple), associée à d'autres produits, certains effets de la kétamine seraient atténués (par exemple, la cocaïne ou les amphétamines limiteraient les pertes d'équilibre provoquées par la kétamine) ou en « descente » d'autres produits (par exemple, des stimulants) pour ses effets calmants et anesthésiants. La consommation associée de l'alcool et de la kétamine, fortement déconseillée, serait néanmoins assez courante.

Image positive du produit chez les usagers et diabolisée chez les non-usagers

Les dommages sanitaires associés à l'usage de la kétamine sont surtout causés par la perte d'équilibre qui entraîne de nombreuses chutes et par l'état d'anesthésie empêchant de sentir la douleur en cas de chute. Le principal risque rapporté est celui du « *bad trip* », avec des expériences très angoissantes « proche de la mort » (*Near death experience*). L'une des structures signale aussi un « versant très compulsif de l'usage de la kétamine » qui serait lié au fait que « les expériences de dissociation répétées peuvent faire basculer certaines personnes dans un côté obsessionnel et les amener à se marginaliser, en augmentant les doses progressivement ». La consommation en plus petite quantité qu'auparavant (cette tendance à une consommation « mieux maîtrisée » était déjà signalée en 2004 dans le rapport TREND Paris) limitant les effets hallucinatoires et dissociatifs et les risques du « K-Hole[67] » a entraîné une perception plus positive du produit parmi les usagers, au point que la kétamine puisse désormais sembler « anodine » pour certains usagers et en faire un produit à la mode chez les « clubbeurs ». En revanche, la perception générale chez les non-usagers reste négative, de par l'image renvoyée par certains usagers de kétamine titubant, portant des blessures, parfois violents, incapables de communiquer, etc. Le produit continue donc de susciter de la méfiance et de la crainte et les usagers sont souvent stigmatisés.

- ## Le GHB[68]

Les données concernant ce produit sont peu fréquentes et ne permettent pas toujours d'être recoupées. Les informations qui suivent sont donc à interpréter avec prudence.

67 « le 'K-Hole' est une expression consacrée qui évoque le 'trou noir' (perte de conscience, perte des repères du temps et de l'espace) qui peut être provoqué par la prise de kétamine. Reynaud-Maurupt C., Akoka S, Usage détourné de la kétamine en France 2001-2003, « Ket-riding » ou les nouveaux voyages immobiles, Rapport OFDT, juin 2004, p. 75.

68 Acide Gamma-hydroxybutyrate.

Un produit associé à l'espace festif gay

Le GHB est un anesthésique humain se présentant sous la forme d'un liquide incolore et inodore. Son usage détourné procure ébriété, euphorie, empathie, capacité à communiquer, stimulation sexuelle et surtout désinhibition. Appelé aussi Liquid XTC, Gé, Gb, jb, jbl, le GHB serait un produit quasiment exclusivement disponible et consommé dans l'espace festif gay (clubs et *backrooms*). La dose (généralement de 2ml) serait vendue 10 à 20 euros. Actuellement, ce serait surtout le GBL, un solvant industriel qui se transformerait en GHB dans l'organisme après ingestion par voie buccale, qui serait vendu et consommé. Si en 2004, le trafic de GHB avait été décrit par les fonctionnaires de police réunis dans le cadre du groupe focal TREND comme étant « invisible », en décembre 2005, une saisie d'ecstasy (50 000 comprimés) et de GHB (un litre) a été réalisé dans la région parisienne avec l'interpellation d'une vingtaine de suspects issu d'un « réseau qui rayonnait sur plusieurs discothèques parisiennes »[69].

Baisse probable des cas de soumission chimique au GHB

Si, depuis plusieurs années, lors des réunions du groupe focal réunissant des fonctionnaires de police, le GHB avait été évoqué dans des cas de soumission chimique, en 2005, ce produit a été très rarement signalé : il serait surtout commandé par Internet (ce qui contribuerait à limiter sa visibilité par la police dans la mesure où c'est le service des douanes qui assure le contrôle des paquets postaux), chez les lycéens rencontrés par les fonctionnaires dans le cadre d'actions de prévention, « l'intérêt [pour le GHB] est retombé » et il a été évoqué uniquement « quelques suspicions » de soumission chimique au GHB ou quelques « faux cas » de soumission chimique. Ces « faux cas » concerneraient des hommes gays, qui à la suite d'une agression, auraient souhaité dissimuler le contexte dans lequel s'était déroulée l'agression (lieux de drague, rencontres sexuelles, etc.) et auraient indiqué avoir été victime d'une soumission chimique au GHB.

69 Revue de presse de la MILDT, 13 décembre 2005.

Des effets variables selon les dosages, avec des risques sanitaires majeurs

Le GHB est généralement consommé par voie orale, directement dans le petit flacon où il est stocké. Le GBL, du fait de son goût et de son odeur de solvant, est généralement dilué dans une boisson masquant son goût. Les effets du GBL sont très rapides et apparaîtraient trois à dix minutes après l'ingestion et dureraient de trois à cinq heures. Les dosages seraient extrêmement ténus : une faible dose de GBL pur (variable selon le poids et la masse corporelle de l'usager) procurerait généralement euphorie et détente et éventuellement stimulation sexuelle. Une dose plus importante entraînerait bien-être, empathie avec une envie de contemplation et de passivité et la moindre goutte d'alcool potentialiserait considérablement les effets soporifiques de ce produit. Enfin, une plus forte dose entraînerait un irrépressible besoin de dormir avec parfois une impossibilité de se réveiller. Compte tenu de la difficulté fréquente à doser le produit, les malaises ne semblent pas rares parmi les usagers de GHB / GBL, au point que certains clubs gays auraient aménagé des espaces de récupération (*chill out*) et formé du personnel pour gérer les abus de GBL ou les problèmes sanitaires entraînés par les associations avec l'alcool (état comateux, perte de conscience). Les associations du GHB avec l'alcool seraient néanmoins devenues rares, du fait notamment des actions d'informations qui ont été conduites dans les établissements festifs sur les risques liés à l'usage associé de GHB et d'alcool. Néanmoins certains usagers de GHB, ne prenant pas en considération de faibles quantités d'alcool consommées (par exemple, un demi verre de bière), auraient des malaises liés à l'association du GHB et de l'alcool. Le produit serait également associé au Viagra®, au poppers, à la cocaïne ou à l'ecstasy.

- ## Les autres produits (protoxyde d'azote, solvant, poppers)

Les données concernant ces produits sont peu fréquentes et ne permettent pas toujours d'être recoupées. Les informations qui suivent sont donc à interpréter avec prudence.

Le protoxyde d'azote : un produit dont l'usage détourné a quasiment disparu

L'usage détourné du protoxyde d'azote (appelé ballon, proto) a pratiquement disparu. Il serait parfois possible d'en trouver dans des teknivals ou dans certaines soirées. Le produit est consommé par inhalation et provoquerait des effets d'une courte durée (euphorie, rire). Il bénéficierait d'une image négative et néfaste pour la santé par rapport à la durée des effets.

Les solvants : une consommation faible chez de très jeunes usagers

Les solvants (colles, essence, dissolvants, éther, etc.) inhalés semblent être de moins en moins utilisés mais constituent souvent une première expérience de « défonce » (euphorie, ivresse), voire une forme d'entrée dans la toxicomanie, parmi des consommateurs plutôt très jeunes (collégiens ou lycéens). Pour les usagers, ces produits apparaissent relativement abordables financièrement pour un « effet garanti ». En revanche, les solvants sont très mal perçus parmi les non-usagers, en raison de leur forte neurotoxicité.

Le poppers : un produit presque exclusivement consommé dans le milieu gay

Les consommations de poppers qui ont été rapportées ne concernent que des espaces festifs gays (clubs, discothèques, fêtes). Le produit serait très disponible[70] et de nombreuses discothèques gays vendraient des flacons pour 10 à 30 euros, selon la provenance et la composition (les poppers d'Angleterre ou de Hollande seraient plus chers que ceux de France). Inhalé, en portant la narine à un flacon débouché, le poppers provoquerait une ébriété et une hilarité fugaces ainsi qu'une stimulation sexuelle très brève. Vasodilatateur, il serait principalement utilisé, dans son usage détourné, pour favoriser les rapports sexuels. Les consommateurs de poppers, des hommes gays âgés de 16 à 60 ans, auraient tendance à banaliser sa consommation et à ne pas considérer le produit comme une drogue. Quelques chutes liées à l'étourdissement provoqué par le produit ou de rares malaises causés par l'odeur du poppers sont rapportés comme effets immédiats de l'usage du poppers.

---

70 Toutes les variétés de poppers ne sont pas interdites. Ceux contenant des nitrites de pentyle ou de butyle sont interdits à la vente ou à la distribution (gratuite) en France par le décret n° 90-274 du 26 mars 1990 ; d'autres, non mentionnés dans le décret d'interdiction (nitrite d'amyle, de propyle par exemple), ne sont pas réglementés et restent disponibles de manière licite, dans les sex-shops notamment. Source : OFDT, http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/solvants/reponses.html#aff_rech, juin 2006

L'usage des produits hallucinogènes d'origine naturelle

Les produits hallucinogènes d'origine naturelle (champignons hallucinogènes, salvia divinorum, DMT-ayahuasca, LSA-rose de bois, etc.) sont exclusivement utilisés dans un cadre festif. Les données concernant ces produits sont peu fréquentes et ne permettent pas toujours d'être recoupées. Les informations qui suivent sont donc à interpréter avec prudence.

- ## Les champignons hallucinogènes

L'autoculture de champignons hallucinogènes pourrait être en hausse

Les champignons hallucinogènes, appelés couramment par les usagers champis, champote, psilocybes, psilo, psi, champignons mexicains ou hawaïens (selon l'origine), apparaissent « très disponibles » dans les espaces festifs techno de type *underground* (free parties et teknivals) et entre rares à disponibles dans les raves payantes et les soirées privées. En revanche, les champignons ne seraient pas disponibles dans les clubs et les discothèques. Les prix des champignons hallucinogènes seraient très variables selon l'origine (française ou étrangère), leur rareté, l'offre et la demande, etc. Généralement, les plus chers seraient les champignons de variétés étrangères. Il est néanmoins possible d'avancer un prix moyen de 5-10 euros pour une « dose » de champignons (vingt à trente grammes) de variété française et de 15-20 euros pour une « dose » de variété étrangère. Mais les champignons seraient surtout autoproduits et échangés. De plus en plus de personnes feraient leur propre culture de champignons en commandant les spores par Internet ou en les ramenant de pays où la législation est plus permissive qu'en France. Il y aurait beaucoup de dons ou d'échanges de variétés de spores ou de champignons entre les usagers.

Des usagers aux caractéristiques relativement diversifiées

Si les champignons hallucinogènes sont principalement consommés par des jeunes (18-25 ans) fréquentant l'espace festif de type *underground* (free parties et teknivals), notamment de culture *transe*, d'autres consommateurs peuvent être signalés. Les champignons hallucinogènes sont parfois consommés par des jeunes consommateurs de cannabis (16-22 ans) qui veulent expérimenter des produits psychédéliques ayant un effet hallucinogène plus prononcé que le cannabis, sans toutefois prendre trop de risques sur le plan sanitaire. Ils sont dans une démarche

de découverte de produits hallucinogènes festifs et les champignons sont une expérience qui leur apparaît accessible. D'autres usagers de champignons regroupent des adultes un peu plus âgés (25 à 35 ans) qui seraient intéressés par l'expérience d'états altérés de la conscience dans une démarche de « développement personnel » et non pas festive. Ils consommeraient souvent les produits seuls ou en petit groupe d'initiés dans des situations particulières (choix d'un endroit calme, si possible à la campagne ou dans un beau site naturel, loin des foules festives, etc.). D'après une étude européenne conduite en 2003 auprès d'élèves scolarisés âgés de 15 à 16 ans, en France (ainsi qu'en Belgique et en Allemagne), la prévalence de l'usage de champignons hallucinogènes au cours de la vie est supérieure à celle de l'ecstasy alors que dans les autres pays, elle est équivalente. De plus, la France se situe parmi les pays euroépens où la prévalence de l'usage de champignons hallucinogènes au cours de la vie est la plus élevée (avec la République Tchèque, la Hollande et la Belgique) avec une proportion comprise entre 5 % et 8 %[71].

Différents modes d'administration et des effets ressentis variables

Différents modes d'administration des champignons sont relevés par les observateurs. Les champignons (secs ou frais) peuvent être mangés avec ou sans préparation (par exemple, dans du miel, du muesli, ou dans un plat chaud), bus dans une infusion ou dilués ou macérés dans de l'alcool (porto ou alcool fort) ou, sous forme de poudre, diluée dans du thé. Les champignons sont également fumés (par exemple, dans des pipes avec un peu de cannabis). Quel que soit le mode d'administration, les champignons sont généralement consommés dans un « rituel communautaire ». Les effets des champignons, d'environ quatre heures, sont variables selon le dosage, le mode d'administration, selon que la consommation se fait à jeun, etc. Les effets légers seraient surtout euphorie, rire, associations d'idées inhabituelles, sentiment renforcé d'intelligence et d'intuition, osmose avec l'entourage et la nature, modifications spatio-temporelles, légère perte d'équilibre, mais sans hallucination visuelle. Les effets moyens impliqueraient la survenue d'hallucinations visuelles (visions les yeux fermés) avec possibilité

71 Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., et al., The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou Group, 2004 cité dans European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Hallucinogenic mushrooms : an emerging trend case study, EMCDDA, juin 2006.

de les interrompre ou de les orienter par une décision volontaire. Les effets puissants impliqueraient des hallucinations visuelles (visions les yeux ouverts) avec difficulté ou impossibilité de les interrompre ou de les orienter. Les effets sur la santé liés à la consommation de champignons hallucinogènes peuvent être des nausées fréquentes et, le lendemain de la consommation, des désordres digestifs et une fatigue plus ou moins marquée. Peu d'associations avec d'autres produits psychotropes sont rapportés.

Une image positive parmi les usagers

Les champignons bénéficient d'une image positive parmi les usagers, celle d'un produit naturel, c'est-à-dire perçu comme étant moins dangereux que les produits de synthèse, sans réel risque de « *bad trip* » comme c'est le cas avec le LSD par exemple, permettant de « moduler » les effets hallucinogènes et n'étant pas trop puissant. Si les champignons peuvent provoquer une fascination chez certains non-consommateurs, le produit est aussi associé à la peur de la perte de contrôle provoqué par la consommation d'hallucinogènes.

- ## La salvia divinorum

Un produit rare consommé hors des événements festifs

La salvia divinorum ou salvia ou sauge divinatoire, identifiée en France par le dispositif SINTES en 2002 est « originaire du sud du Mexique et est utilisée traditionnellement pour ses propriétés hallucinogènes et ses vertus 'divinatoires' »[72]. Selon les observateurs, la salvia serait non disponible à rare en fonction des différents espaces festifs considérés (raves payantes, free parties, teknivals, soirées privées, clubs) mais c'est dans les teknivals que le produit, bien qu'également rare, serait le plus disponible. La revente de salvia dans ces espaces semble rare et le produit serait surtout commandé sur Internet ou ramené d'un pays étranger puis partagé en groupe, le plus souvent hors du cadre d'un événement festif. Les usagers de salvia, âgés de 16 à 25 ans environ, sont décrits par un observateur comme étant souvent « de jeunes 'teuffeurs' [73], des voyageurs alternatifs, de jeunes transculturels, des étudiants ».

72 OFDT, Note d'information SINTES « Première identification du principe actif de la Salvia Divinorum dans SINTES », 19 juillet 2002.
73 personnes fréquentant les free parties (ou « teuf »)

Des effets très variables

Il existerait de nombreuses formes et variétés : feuilles séchées fumées pures, feuilles fraîches avalées, feuilles de sauge ou de menthe séchées sur lesquelles a été vaporisée de la salvinorine (principe actif) en concentration x5, x10, x20… La salvia serait le plus souvent fumée mais la façon utilisée pour fumer le produit aurait une influence importante sur les effets ressentis. Fumée pure, avec un peu de tabac et/ou de cannabis ou fumée en bhong, les effets dépendraient de la puissance de l'aspiration, de la capacité à retenir la fumée, de la chaleur de la combustion du produit, de la concentration de celui-ci, etc. Les effets procureraient une sensation de voyage qui durerait entre une minute et trente minutes. Il s'agirait d'une expérience violente et intense d'hallucinations, de décorporation, de fusion avec l'environnement, d'introspection et d'ébriété plus ou moins marquée. La salvia est décrite comme un produit qui « ouvre les portes de l'esprit ». La personne sous l'effet de la salvia serait totalement inaccessible au dialogue, aux stimulis divers. La perte de repère et la désorientation mentale pourraient se prolonger (de façon atténuée) durant plusieurs semaines. D'autres effets sanitaires sont rapportés comme des récits de « *bad trip* » terrifiants (par exemple de personnes se trouvant « coincées entre le mur et le papier peint »), déclencheurs de peur d'être « anormal », de devenir « fou », etc. La salvia pourrait également provoquer des amnésies complètes, des crises de démence ou des accès de violence.

- **Les autres produits (DMT-ayahuasca[74], LSA-rose de bois, kratom, datura)**

DMT-ayahuasca et LSA-rose de bois : des produits très rares

Bien que les informations ne permettent pas d'être recoupées, il semblerait que la consommation de DMT-ayahuasca et de LSA-rose de bois soit extrêmement rare. Aucun des observateurs en 2005 n'a fait référence au DMT- ayahuasca ou à des usagers, à la différence de 2004 où l'un des observateurs, l'Association Liberté, avait recueilli plusieurs échantillons de cohoba dans le cadre du dispositif SINTES. Pour ce qui est de la LSA-rose de bois, sa disponibilité serait occasionnelle et le produit, peu accessible, serait souvent commandé sur Internet ou ramené de pays étrangers. La LSA se présente sous forme de graines que le consommateur avale ou fait infuser. La « dose » serait généralement vendue dix euros et se composerait de dix graines. Produisant des effets hallucinogènes comparables à ceux du LSD, les usagers le percevraient comme du « LSD naturel ».

Phénomènes émergents : apparition du kratom et d'un nouveau mode de consommation de la datura

En 2005, un observateur signale que des jeunes, de tendance techno punk et utilisant Internet, évoquent de plus en plus le kratom, une plante originaire d'Asie du Sud-Est dont les feuilles auraient des propriétés euphorisantes et stimulantes. Diverses préparations semblent circuler :

---

74 Selon la note d'information OFDT/SINTES « 5-MeO-DMT » d'octobre 2004 « le DMT fait partie de la famille des tryptamines qui sont de puissants hallucinogènes. Leurs principes actifs sont naturellement présents dans plusieurs plantes (Anadenanthera pérégrina ; Anadenanthera colubrina, Yopo, Cohoba, Vilca ; Acacia phlebophylla ; Mimosa hostilis ; Acacia longifolia…). Le DMT est l'un des principes actifs de l'Ayahuasca (qui est à la fois une liane et une infusion aux effets hallucinogènes) composée d'un mélange de plantes et/ou substances chimiques (DMT purifié). L'utilisation sur l'ensemble du continent sud américain d'Ayahuasca, ou 'vin des morts', 'vin des esprits' en médecine traditionnelle, chamanisme, sciences divinatoires remonte à la période précolombienne. »

pâte, haschich de kratom, poudre, liqueur, etc. Sur un site de vente de produits par Internet, le kratom est décrit ainsi : « Le kratom provient de la Thaïlande et la Malaisie où il est utilisé comme substitut de l'opium. Les dernières années, l'usage récréatif du kratom est devenu populaire grâce aux effets agréables causés par les feuilles de la plante ». Ce produit est évoqué pour la première fois dans le dispositif TREND Paris en 2005.
Dans ce même groupe d'usagers, des consommations de datura ont été évoquées, comme cela avait déjà été noté en 2004 parmi des jeunes errants de culture techno punk. La datura est une plante provoquant des hallucinations visuelles, gustatives, tactiles et auditives très puissantes ainsi que des pertes d'équilibre. Sa consommation est rare du fait de sa dangerosité. En effet, la dose hallucinogène est très proche de la dose toxique (et mortelle) et la quantité d'alcaloïde contenu dans la plante varie selon les saisons, obligeant les usagers à varier les doses pour obtenir les mêmes effets. Alors qu'en 2004, les usagers avaient indiqué consommer la datura en avalant les graines, en consommant la datura en décoction, en infusion ou sous la forme de boulettes comprenant des feuilles, des fleurs et des graines, en 2005, il a été évoqué de la « pâte de datura » qui serait fumable en « bhong » (sorte de pipe à eau).

L’usage détourné de médicaments psychotropes non-opiacés

Les médicaments psychotropes détournés (Rohypnol®, Rivotril®, Artane®, Valium®) sont principalement utilisés dans l’espace urbain par des usagers de drogues très désinsérés.

- ### Le flunitrazépam (Rohypnol®)

Le flunitrazépam, commercialisé en France sous le nom de Rohypnol®, est une benzodiazépine hypnotique habituellement prescrite dans le cas de troubles sévères du sommeil (insomnies). Face à un usage détourné relativement important et compte tenu de la gravité des risques pour la santé d’un tel usage, l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) a modifié le mode de prescription du Rohypnol® à plusieurs reprises depuis le milieu des années 90 pour limiter la consommation détournée de ce médicament. En février 2001, des mesures ont de nouveau été prises par l’Afssaps pour en contrôler davantage la prescription avec l’utilisation d’ordonnance sécurisée et une durée maximale de prescription limitée à quatorze jours avec une délivrance fractionnée de sept jours. L’impact de ces mesures a été majeur et la consommation détournée du Rohypnol® n’apparaît plus dominante. En effet, si en 1999, 31 % des « Ordonnances suspectes, indicateur d’abus et de pharmacodépendance » (OSIAP) concernaient le Rohypnol®, ce n’était plus le cas que de 19 % des OSIAP en 2001, 15 % en 2002[75] et 5 % en 2004[76]. Les données relatives aux ordonnances suspectes de 2004 montrent, pour la première fois depuis 2001, que le Rohypnol® n’arrive plus en tête des médicaments détournés par le biais d’ordonnances suspectes.

Disponibilité toujours en baisse et prix toujours en hausse

Malgré l’ensemble des dispositions prises pour limiter l’usage détourné du Rohypnol®, le médicament, couramment appelé par les usagers rup, peuru, roupi, schtroumpf (en référence à la couleur bleue du comprimé), apparaît relativement disponible en trafic de rue, notamment dans le nord-est de Paris, et son accessibilité semble assez importante. Néanmoins,

---

75 P. Jolliet, « Le Rohypnol® : Petites mesures, grands effets… », 2èmes journées de l'Afssaps, 15 et 16 juin 2004.
76 I. Lacroix, « OSIAP (Ordonnances suspectes, indicateur d’abus et de pharmacodépendance) : Résultats 2004 », Actes des 9èmes Rencontres du CEIP de Toulouse, janvier 2005.

la tendance à la baisse de sa disponibilité, déjà observée à Paris depuis 2001, se poursuit. Dans le 1er arrondissement de Paris (quartier des Halles), le Rohypnol® qui, en 2004, apparaissait comme « très disponible » est décrit comme étant devenu plus rare en 2005. La consommation, parmi les usagers de ce quartier, aurait elle-même diminué, avec notamment moins d'usagers ayant des consommations importantes de Rohypnol®. Le secteur de Château Rouge (Paris 18ème arrondissement) est cité par différentes structures de première ligne comme étant la zone où le trafic de Rohypnol® serait le plus massif et le plus visible. Le produit serait proposé dans la rue et les revendeurs s'approvisionneraient à partir de prescriptions obtenues dans des hôpitaux ou en médecine de ville, à partir d'ordonnances ou d'ordonnanciers volés, d'ordonnances modifiées (rajout de médicaments, modification de posologie, etc.) ou de fausses ordonnances (photocopiées ou fabriquées). Les prix continueraient à être en hausse avec des comprimés vendus en moyenne 2 euros l'unité (contre 1,50 euros en 2004 et 1 euro en 2003) et des boîtes de sept comprimés environ 10 à 15 euros (contre 7 à 10 euros en 2004 et 5 euros en 2003).

Des usagers très désinsérés et généralement fortement alcoolisés

Les consommateurs de Rohypnol® détourné, majoritairement des hommes, semblent être surtout des personnes socialement très désinsérées, sans domicile fixe, décrites comme étant « en galère » et des « gens de la rue ». Ils semblent relativement âgés (30-35 ans, voire plus) même si quelques jeunes usagers sont signalés. Les comprimés de Rohypnol® sont consommés par voie orale (sublinguale, sucée ou avalée), généralement accompagnés d'alcool (bière fortement dosée en alcool comme la « 8.6 »). Quelques cas d'injection de Rohypnol® sont signalés (comprimés écrasés puis chauffés dans de l'eau) parmi des usagers « « compulsifs du *shoot* » ou chez des « expérimentateurs », mais ces pratiques demeureraient exceptionnelles. Le produit est généralement perçu par les usagers comme « une nécessité » permettant de calmer les angoisses ou l'envie de consommer d'autres produits (par exemple du crack) et apportant une sensation de « bien être » lorsqu'il est associé à de l'alcool.

Des associations nombreuses avec d'autres produits et des risques majeurs pour la santé

Les effets de l'usage détourné du Rohypnol® varient selon la dose consommée. A faible dose, le Rohypnol® provoquerait un effet stimulant et excitant. A plus forte dose, et c'est généralement les effets recherchés, le Rohypnol® provoquerait un état confusionnel (« défonce »), un sentiment de toute puissance (« effet Hulk ») favorisant des conduites

agressives et une désinhibition importante pouvant conduire les usagers à des actes délictueux (vol, violence physique, etc.). Outre les risques de dépendance, le problème sanitaire lié à l'usage détourné de Rohypnol® le plus récurrent souligné par les différents observateurs est un trouble important de la mémoire (amnésies). Des risques de coma, de dépressions respiratoires et d'épilepsie sont également rapportés, notamment en cas d'association avec de l'alcool, de l'héroïne ou des traitements de substitution aux opiacés. Or, le Rohypnol® est fréquemment associé à d'autres produits (alcool, opiacés, crack, etc.) L'alcool potentialiserait les effets du médicament et permettrait que ces effets surviennent plus rapidement. Le Rohypnol® serait utilisé par les usagers de Subutex® pour favoriser une « défonce » que ne procure pas le traitement de substitution (pour « compenser l'absence de défonce »). L'usage du Rohypnol® chez les consommateurs d'opiacés leur permettrait de « gérer » les « descentes » et les « montées ». Enfin, il est indiqué que le Rohypnol® serait également utilisé par les usagers de crack pour modérer l'envie de consommer du crack. Du fait de ses dommages sanitaires, le Rohypnol® est généralement perçu par les non-usagers comme un « produit dangereux », source de violence et générant des comportements instables.

- **Le clonazépam (Rivotril®)**

Le clonazépam, commercialisé en comprimés, en solution buvable ou injectable, sous le nom de Rivotril® est un anti-épileptique couramment appelé rivo, bonbons, chéka (cachet), Madame courage (du fait de son effet désinhibant) par les personnes qui en font un usage détourné.

Consommation et disponibilité de Rivotril® toujours en hausse

La diminution de l'usage détourné de Rohypnol®, entraînée par les différentes mesures prises par l'Afssaps depuis 2001, a entraîné, par report, un accroissement de l'usage détourné du Rivotril® qui en constitue de plus en plus le produit de remplacement. Le Rivotril®, en trafic de rue, apparaît disponible, voire très disponible dans le 18ème arrondissement, cela malgré les mesures de contrôle signalées dans le chapitre 3. Dans cet arrondissement, son niveau d'accessibilité serait très important, ne nécessitant pas de connaître un réseau particulier, comme ce serait nécessaire dans d'autres quartiers (République, Sud de Paris). Généralement le trafic de Rivotril® se superposerait au reste du trafic de médicaments détournés (Subutex®, Rohypnol®, etc.). Dans le 18ème arrondissement, il est décrit par un observateur comme « visible, incontrôlé, [avec une] profusion de produits ». Le Rivotril® serait revendu de 1 à 1,5 euros le comprimé de 2 mg et environ 10 euros la boite.

Une proportion relativement importante de femmes parmi les usagers de Rivotril®

Les usagers de Rivotril® détourné présentent des caractéristiques assez comparables à celles des usagers de Rohypnol® : personnes désocialisées, en grande précarité, en errance et vivant dans des squats. On peut néanmoins noter que les usagers de Rivotril® semblent assez diversifiés sur le plan de l'âge (de 18 ans à 60 ans), avec une proportion relativement importante de femmes (35 % à 50 % selon les observateurs) en comparaison des autres produits consommés où la population masculine apparaît très nettement majoritaire. Le Rivotril® est exclusivement consommé par voie orale, soit en mode sublingual, notamment après avoir consommé du crack (pour obtenir des effets plus rapidement), soit le comprimé est sucé ou plus généralement avalé, à raison de plusieurs comprimés en une seule prise, très souvent associé à de l'alcool pour potentialiser les effets. Les effets sont relativement comparables à ceux du Rohypnol® détourné : « défonce », détente, désinhibition et sentiment d'invincibilité, notamment quand le produit est associé à l'alcool, etc. Le Rivotril® remplace souvent la carence d'une autre « défonce » et est largement utilisé en association avec d'autres produits. Associé au crack, il permettrait d'atténuer les effets de la « descente ». L'usager se sentirait alors plus relaxé et moins appelé à re-consommer du crack (cela limiterait le « craving »[77]). Associé au Subutex®, le Rivotril® serait utilisé pour potentialiser les effets du Subutex®. Le Rivotril® est également associé à d'autres benzodiazépines ou somnifères dans une recherche d'anesthésie où l'usager souhaiterait *simplement* « s'assommer ».

Des dommages sanitaires et sociaux importants

Des risques de crise d'épilepsie, d'overdose, d'arrêt cardiaque existent mais les problèmes constatés parmi les usagers sont surtout liés à la très forte dépendance, à la fois psychologique et physique, ainsi qu'aux vols ou agressions dont sont victimes les consommateurs. Beaucoup d'usagers, n'ayant pas de logement et s'anesthésiant avec ce type de produit, se retrouveraient victimes de vols (affaires personnelles, papiers d'identité, etc.) et d'agressions physiques. De plus, la plupart des consommateurs seraient dans une grande confusion lorsqu'ils sont sous l'effet du produit et certains n'auraient pas conscience de leurs actes (vol, violence physique,

---

77 Le craving est « un terme anglais désignant le besoin intense et irrépressible de consommer à nouveau un produit addictif (notamment la cocaïne et le crack) ». Source : Site Internet du Crips Ile-de-France, Glossaire sur les drogues licites et illicites.
http://www.lecrips.net/webidf/index.asp?rubrique=glossaire_drogues, juin 2006.

etc.) ce qui entraînerait de nombreux problèmes liés à la conséquence de ces actes. Parmi les usagers, le produit est souvent considéré comme une « défonce de remplacement » peu chère, comme du Rohypnol®, mais en moins dangereux et en moins puissant. D'autres usagers le considèrent simplement comme un tranquillisant et une « benzodiazépine comme une autre ». Le produit semble assez peu connu des non-usagers. Néanmoins, parmi ceux qui connaissent le Rivotril®, il est associé à un produit dangereux et assommant entraînant une dépendance médicamenteuse.

- **Le trihexyphénidyl (Artane®)**

Le trihexyphénidyl est un antiparkinsonien commercialisé sous le nom d'Artane® qui, détourné, provoquerait à faible dose une sensation d'invulnérabilité et une confiance en soi et à plus forte dose, une sensation de désorientation, une perte complète de contrôle et de mémoire avec des hallucinations violentes.

L'Artane® détourné serait toujours quasi-exclusivement disponible dans le quartier des Halles, avec une tendance à la hausse de sa disponibilité

Le médicament détourné, fréquemment appelé par les usagers tanar, tatane, teumar, A5 (en référence au dosage du médicament à 5 mg), semble être quasiment exclusivement disponible dans le centre de Paris (quartier des Halles), comme cela avait déjà été noté en 2003 et en 2004. Dans les autres secteurs de Paris (y compris celui du nord-est où les trafics d'autres produits sont importants), l'Artane® est décrit comme un produit rarement disponible sur le marché des drogues, avec un niveau d'accessibilité « très bas, voire nul » (nord-est de Paris). En revanche, dans le quartier des Halles, l'accessibilité au produit est décrite comme « devenue aussi facile que pour le Rohypnol®, sinon plus, de jour comme en soirée ». La quantité de produit en circulation serait en hausse avec l'émergence d'un « vrai petit trafic local entre 'gens de la rue' » (à partir d'ordonnances falsifiées) qui aurait remplacé les quelques usagers d'Artane® qui, jusqu'à présent, revendaient une partie de l'Artane® acheté sur prescription. Dans ce quartier, le comprimé serait revendu environ 1 euro (contre 4 euros dans le quartier de Château Rouge où le produit est rare) et la boîte environ 10-15 euros.

Des usagers très désocialisés

Les usagers d'Artane® détourné, très majoritairement des hommes, sont généralement âgés de 25 à 40 ans (avec quelques jeunes expérimentateurs d'environ 20 ans). Leurs conditions de vie apparaissent très précaires et la plupart sont sans domicile fixe, dans des situations d'isolement et de désocialisation marquée. Il a été signalé, dans le cadre de l'observation de l'espace urbain, que la consommation d'Artane® serait en hausse parmi les usagers de drogues très marginalisés. Le produit est quasiment exclusivement consommé par voie orale (le sniff provoquerait des saignements des cloisons nasales). Chez certains usagers, des consommations quotidiennes de quinze à vingt comprimés d'Artane® sont rapportés sur des périodes de quarante-huit heures (« 3 à 4 le matin à 10h, 3 à 4 en début d'après-midi à 15h, 3 à 4 vers 19h et 5 à 6 vers 23h »). Les principaux effets de l'Artane® rapportés par les observateurs sont : délires, excitation, hallucinations, confusion mentale, agressivité, violence, amnésie. Les troubles comportementaux et les désordres psychiatriques que peut entraîner la consommation détournée d'Artane® (perte de mémoire, obsession, paranoïa, insomnies, forte frustration liée à l'accoutumance, etc.) conduiraient à une désocialisation rapide et un isolement important des usagers. De plus, l'Artane® est parfois consommé avec de l'alcool pour potentialiser les effets, ce qui contribuerait à renforcer les troubles comportementaux. Quelques usagers consomment l'Artane® en association avec le Subutex®, afin de provoquer un effet « défonce » qu'ils ne retrouvent pas dans le traitement de substitution. D'autres usagers alternent crack et Artane®. Pour la majorité des consommateurs d'Artane®, le produit, dans son usage « modéré » (à « faible » dose) serait perçu comme une « sorte d'antidépresseur », « permettant de rythmer la journée » (effet stimulant) et de « se sentir mieux ». Pour les non-usagers, l'Artane® aurait une image négative (mais en amélioration selon la structure intervenant dans le quartier des Halles) et est décrit comme un « produit maudit » et « rendant fou ».

- **Le diazépam (Valium®)**

Hausse probable du trafic et de l'usage détourné de Valium®

Le diazépam est un anxiolytique de la famille des benzodiazépines commercialisé sous le nom de Valium® sous forme de comprimés, de solution injectable ou de solution buvable en gouttes.

Les observations recueillies durant l'année 2005 à Paris semblent témoigner d'une hausse de l'usage détourné de Valium®, en comparaison de ce qui était noté en 2004. Dans le centre de Paris, il est signalé « un marché noir du Valium® » par une des structures intervenant dans ce secteur. Une autre structure intervenant dans le nord-est parisien indique, quant à elle, une « profusion de ce produit sur le marché » avec une « tendance à remplacer le Rohypnol® et le Rivotril® ». Le trafic concernerait les comprimés (généralement ceux dosés à 10 mg) mais surtout la forme liquide du Valium® (la solution injectable ou buvable) qui serait utilisée par voie injectable. Deux comprimés seraient généralement revendus un euro et une ampoule environ deux à trois euros. Les comprimés seraient principalement utilisés pour « gérer la descente » de stimulants (pour l'effet sédatif du Valium®), voire comme un anxiolytique (indication du médicament). La voie injectable permettrait, quant à elle, une « montée » et potentialiserait l'effet euphorisant. Généralement associé à de l'alcool qui amplifierait les effets, le Valium® serait plutôt bien apprécié des usagers, perçu par certains comme une « bonne défonce » favorisant une forte désinhibition et par d'autres, davantage comme un « régulateur d'autres produits ». Les usagers de Valium® semblent assez diversifiés sur le plan de leurs caractéristiques : usagers originaires d'Europe de l'Est, toxicomanes désinsérés, « vieux punks », « jeunes teuffeurs en recherche de produits à expérimenter et/ou de produits servant à la 'descente' », « squatteurs ». Le Valium détourné constitue un autre exemple de perméabilité entre l'usage de drogue en milieu urbain et en milieu festif.

- **Les autres médicaments psychotropes détournés**

Des médicaments indiqués pour l'hyperactivité seraient utilisés de façon détournée

Les professionnels de santé rencontrés dans le cadre du dispositif TREND (groupe focal sanitaire) ont signalé des usages détournés d'autres médicaments psychotropes que ceux qui viennent d'être décrits, qui n'ont néanmoins pas été évoqués par d'autres observateurs. L'un des médecins qui intervient dans différentes salles parisiennes de spectacles a signalé des usages d'amphétamines ainsi que de médicaments vendus aux Etats-Unis pour l'hyperactivité, utilisés de façon détournée comme stimulant, principalement par des hommes mannequins. Un autre médicament, la Ritaline®, stimulant du système nerveux central indiqué pour les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité, serait aussi utilisé dans certains « circuits très confidentiels en boîte de nuit ». Il semblerait que la délivrance récente de la Ritaline® en

libération prolongée (LP) puisse constituer une réponse pour limiter les usages détournés et les trafics de ce médicament. Concernant la Ritaline®, des médecins ont également évoqué des prescriptions de ce médicament en médecine générale de ville pour des usagers de drogues adultes, hors du cadre habituel de l'AMM.

Accroissement des notifications de détournement de Stilnox®

Selon les données de la plupart des outils des Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), une augmentation, en Ile-de-France, peut être notée des notifications sur le Rivotril®, suivi du Lexomil® puis du Stilnox®. En ce qui concerne ce dernier produit, les doses consommées seraient parfois très importantes, environ 50-60 comprimés pris quotidiennement. Compte tenu de ces quantités, lors des sevrages, des convulsions surviendraient chez ces usagers, ce qui conduirait certains médecins à prévoir une hospitalisation pour des sevrages au Stilnox®. Il a été indiqué, lors de la réunion des professionnels de santé rencontrés dans le cadre du dispositif, que l'achat du Stilnox® se ferait sur le marché parallèle et que ce médicament serait vendu par « sacs entiers » dans les quartiers de Château Rouge ou de Stalingrad. L'approvisionnement pourrait notamment s'expliquer par le « nomadisme médical ». Néanmoins, ce médicament n’a pas été signalé par les observateurs du dispositif TREND présents sur le secteur du nord-est de Paris.

5. Investigations spécifiques en 2005

- Usagers de produits psychoactifs et modalités d'usages parmi les personnes migrantes récemment arrivées en France

- Caractéristiques des usagers de drogues du milieu festif dans l'espace urbain et recours au dispositif de première ligne et de soins

Usagers de produits psychoactifs et modalités d'usages parmi les personnes migrantes récemment arrivées en France

Depuis plusieurs années, les différents observateurs du dispositif TREND situés dans l'espace urbain et notamment dans les structures de première ligne font état de l'apparition de personnes récemment arrivées en France (notamment originaires d'Europe de l'Est et d'Asie) et vivant dans des conditions extrêmement précaires. D'après les observations recueillies jusqu'à présent, ces populations se caractériseraient par des consommations de produits psychoactifs en partie différentes de celles des autres usagers. Il a donc semblé intéressant en 2005 d'approfondir quelque peu les connaissances dont nous disposions, notamment, compte tenu de l'hétérogénéité en matière de provenance géographique des populations étudiées, de mieux caractériser les différentes populations et les éventuelles spécificités des usages et des modalités d'usage selon l'origine des usagers.

D'autre part, si les observations mettent en évidence une augmentation de la fréquentation des structures de prises en charge par les populations récemment arrivées en France, il n'en demeure pas moins que le caractère souvent illégal de leur présence sur le territoire français détermine des comportements limitant l'accès de ces populations aux structures. Durant l'année 2005, il a également été tenté de mieux comprendre les facteurs qui favorisent ou freinent l'accès aux structures de première ligne et de soins parmi ces populations.

Modes d'observation et limites

L'observation des consommations et des modalités de consommations des produits psychoactifs parmi les migrants récemment arrivés en France s'est principalement appuyée sur les outils généralement utilisés dans le cadre du dispositif TREND, à savoir : les groupes focaux « Police » et « Sanitaire », l'enquête auprès des équipes des structures de première ligne, les observations des usagers et des usages dans l'espace urbain et dans les espaces festifs ainsi que la veille documentaire. L'organisation du dispositif d'observation de l'espace urbain a néanmoins été complétée, afin de pouvoir répondre plus précisément aux objectifs de cette

investigation spécifique. Des entretiens ont notamment été réalisés auprès de différents acteurs de terrain de la réduction des risques. Des observations *in situ* ont été menées lors d'interventions d'équipes de réduction des risques susceptibles d'entrer en contact avec des usagers de drogues nouvellement arrivés en France. Des discussions de premier contact ont été conduites avec des personnes rencontrées par ces équipes et correspondant au profil recherché. Enfin, des observations *in situ* sur les lieux de rassemblement de ces groupes d'usagers ont été réalisées. C'est principalement à partir des observations conduites dans l'espace urbain[78] que ce chapitre a été rédigé.

Il convient néanmoins de garder à l'esprit les limites de l'observation, telle qu'elle a pu être conduite. Tout d'abord, il est parfois difficile de distinguer précisément si les populations sont effectivement nouvellement arrivées en France ou s'il s'agit d'une visibilité récente dans les espaces urbains de populations déjà anciennement installées sur le territoire. Cette même remarque peut être faite en ce qui concerne la visibilité de ces populations signalée comme étant en hausse dans les structures recevant les usagers de drogues. Cette fréquentation reflète-t-elle une arrivée récente de ces populations migrantes sur le territoire ou une visibilité nouvelle dans un espace ? Par ailleurs, l'une des limites à ces observations réside dans la difficulté à entrer en contact avec cette population. Si les populations usagères de drogues sont habituellement difficiles à approcher, et généralement peu disposées à fournir des informations les concernant ou concernant les milieux qu'elles fréquentent, ces difficultés peuvent être surmontées par l'instauration d'une relation de confiance entre ces groupes et la ou les personnes censées recueillir ces informations. Concernant le recueil de données parmi des groupes d'usagers de drogues récemment arrivés en France, ces difficultés se trouvent renforcées. En effet, l'instauration d'une relation de confiance est rendue plus compliquée, à la fois du fait qu'elles ont un mode de vie plus clandestin, qu'elles sont moins enclines à fréquenter les structures de première ligne et de soins, et que, parfois, leur faible maîtrise de la langue française limite les possibilités d'entrer en communication. Enfin, une partie des migrants concernés par les consommations sont originaires de pays dans lesquels la toxicomanie est un comportement criminalisé et/ou largement stigmatisé et ne relevant pas d'une problématique sanitaire, ce qui, là également contribue, à limiter la confidence sur le sujet.

---

78 Notes d'observation de juillet, septembre et décembre 2005.

Les explorations relatives à la question des usages et de modalités d'usages chez les nouvelles populations immigrées ont amené à distinguer principalement trois catégories d'usagers de drogues fondées sur les continents dont ils sont originaires : les personnes venant d'Europe de l'Est, celles originaires d'Afrique (du Nord et subsaharienne) et celles qui proviennent du continent asiatique.

Il convient de souligner que les informations relatives aux consommations de produits psychoactifs parmi les migrants récemment arrivés en France ne sont pas généralisables à l'ensemble des migrants (y compris à ceux récemment arrivés). Ces informations ne concernent en effet que les populations ayant des consommations importantes et visibles dans les espaces d'observation couverts par le dispositif TREND.

Les personnes originaires d'Europe de l'Est

- **Données générales sur les personnes originaires d'Europe de l'Est**

Caractéristiques générales des populations

Parmi les usagers de drogues nouvellement immigrés des pays d'Europe de l'Est, les plus visibles dans les espaces urbains seraient principalement originaires de Pologne, de Russie, d'Ukraine, de Géorgie, du Tadjikistan et de Moldavie. La catégorie des usagers Polonais semble être celle qui se distingue le plus des autres communautés venant de cette région. Cela pourrait être dû à la plus grande ancienneté de l'immigration polonaise par rapport aux autres nationalités citées. Ainsi, les membres de cette communauté présents de longue date, plus avancés dans leur processus d'intégration au sein de la société française, pourraient servir de médiateurs auprès des nouveaux arrivants, facilitant la mise en contact de ces derniers avec le dispositif d'aide sanitaire et sociale généraliste ou spécialisé en toxicomanie. A l'inverse, les membres d'autres communautés nationales d'Europe de l'Est tendraient à rester plus isolés, et par là seraient plus difficiles à contacter.

D'une manière générale, les usagers de drogues récemment immigrés d'Europe de l'Est tendraient à vivre dans des squats communautaires dans Paris intra-muros et en proche

banlieue, le cas échéant plutôt vers les Portes situées à l'est de Paris (Montreuil, Les Lilas, Bagnolet, etc.). En-dehors des squats, ces populations se regrouperaient principalement aux alentours du quartier des Halles et de la Place de la République.
Toutes les tranches d'âge seraient représentées : certains auraient à peine une vingtaine d'années, d'autres seraient âgés de cinquante ans environ.

Caractéristiques générales des consommations

Dans le centre de Paris, un groupe de personnes (âgées de 20 à 40 ans) originaires d'Europe de l'Est (Pologne, Ukraine, Moldavie ?) a été signalé comme s'étant « spécialisé » dans la vente de Skénan® et de Valium® injectable. Certains sont décrits comme étant « très aguerris », se vantant parfois d'avoir été combattre en Tchétchénie ou en Afghanistan. La plupart auraient des conduites addictives antérieures à leur arrivée en France mais, compte tenu des difficultés à communiquer en français et de la réticence de ces usagers à parler de leurs pratiques concernant les drogues, il apparaît difficile de savoir quels étaient (et quels sont) les produits consommés. Généralement, le terme de « narkotikas » est employé par ces usagers, ce qui semble englober toutes les drogues et médicaments psychoactifs détournés. Il est également question de la « soupe polonaise » ou « kompot », un concentré de paille de pavot, très populaire dans certains de ces pays, cuisiné à l'anhydride acétique, ce qui donne une héroïne artisanale, très instable et impure. D'autres parlent d'amphétamines. Le Valium® semble très convoité.
Mais, ce qui peut être retenu, c'est que leurs consommations de drogues sont généralement antérieures à leur arrivée en France. Dans leurs pays d'origine, celles-ci concernaient essentiellement l'héroïne par voie intraveineuse, l'alcool et les amphétamines, spécialement pour les Polonais. En France, les usages de drogues de ces populations sont peu coûteux et les produits consommés sont très accessibles à Paris. Ils feraient en effet principalement usage de Subutex® et de Skénan®, par voie intraveineuse ainsi que d'alcool.
Certains, bénéficiant de l'AME, se feraient prescrire des produits de substitution qu'ils peuvent se procurer sans frais. D'autres s'approvisionneraient, à peu de frais, sur les marchés de médicaments détournés de la ville.
Vivant en squat, ayant recours à des services sociaux pour s'alimenter et se vêtir, leur mode de vie n'exigerait pas d'importantes ressources financières.

Recours au dispositif de première ligne et de soins

Durant l'année 2005, de l'avis des professionnels, ces populations originaires d'Europe de l'Est ont de plus en plus souvent recours aux structures de réduction des risques. Par exemple, le Bus méthadone de Médecins du Monde qui accueille une population importante de personnes étrangères (en 2005, 47 % des personnes nouvellement incluses dans le programme du Bus méthadone étaient étrangères) indique que ces personnes sont principalement originaires des ex-Républiques d'Union Soviétique (notamment de Géorgie, de Russie, de Biélorussie et du Kazakhstan) et de Chine. Ainsi parmi les nouveaux patients inclus dans le programme du Bus méthadone en 2005, 17 % étaient originaires d'ex-URSS et 7 % de Chine et du Vietnam. Pour certains dispositifs, qui se situent parfois dans le nord-est parisien (Sleep'in, la Boutique, EGO, etc.), cette situation apparaît tout à fait nouvelle. Ces usagers, dont l'ignorance souvent totale de la langue française semble indiquer que leur présence en France est récente, ce qui par conséquent rend la communication difficile et limite la possibilité de connaître leurs modes de vie et les formes de leurs usages de drogues, seraient originaires de différents Pays d'Europe de l'Est. Ainsi, la plupart d'entre eux proviendraient principalement de Géorgie, d'Ukraine, de Pologne, de Russie ou de Tchétchénie.

Les usagers de drogues originaires d'Europe de l'Est peuvent, globalement, être distingués en deux catégories :

- d'une part, ceux qui viennent dans les structures en groupes composés de personnes de la même nationalité, mais auxquels peuvent s'agréger des personnes d'autres nationalités. Ces groupes sont généralement formés de personnes dont l'apparence physique et vestimentaire ne montre pas les signes d'une très grande précarité, et qui semblent être surtout consommatrices d'héroïne, de produits de substitution, de médicaments psychotropes et d'alcool. Ces personnes paraissent en général assez bien maîtriser leurs conduites addictives, et rares sont celles qui se montrent dans des états avancés de conscience modifiée ;
- d'autre part, des usagers de drogues récemment immigrés d'Europe de l'Est commenceraient à être vus errant seuls dans le nord-est, et notamment dans le 18ème arrondissement, ou se mêlant aux usagers « traditionnels » parmi les plus marginalisés. Ces nouveaux arrivants présentent les caractéristiques de situations de grande précarité, et se montrent fréquemment dans des états de conscience modifiée avancés. Ils ne maîtrisent pas davantage la langue française que les groupes précités, leur vocabulaire

se limitant au minimum nécessaire pour subvenir à leurs besoins primaires et à leur approvisionnement en substances psychoactives, et font preuve d'une grande méfiance vis-à-vis des intervenants en réduction des risques, étant rarement prompts à parler de leur situation.

Les migrants originaires d'Europe de l'Est ont également été décrits parmi les détenus de la maison d'arrêt de la Santé venant en consultation médicale. Ces usagers (ainsi que ceux originaires d'Afrique) semblent principalement avoir des consommations détournées de Subutex®. Les multi-incarcérations de cette population d'étrangers en situation irrégulière ont été décrites comme entraînant un « morcellement de la prise en charge ». Les passages brefs et répétés entre les centres de rétention et les maisons d'arrêt (pour des motifs d'absence de cartes de séjour, de résidence dans des squats, etc.), avec parfois jusqu'à quatre incarcérations dans l'année, ne permettraient aucune prise en charge sanitaire. Il semblerait, selon les professionnels de santé réunis dans le groupe focal, que les motifs d'incarcération, pour cette population étrangère en situation irrégulière, soient des « délits de plus en plus légers » entraînant un déficit de plus en plus important de sa prise en charge.

Néanmoins, pour mieux comprendre les phénomènes de toxicomanie parmi les usagers d'Europe de l'Est et permettre ainsi de mieux prendre en charge les usagers en contact avec le dispositif de première ligne ou de soins, il apparaît nécessaire de ne pas considérer les « gens d'Europe de l'Est » en tant que groupe homogène. En effet, si ces individus présentent des caractéristiques similaires, notamment en ce qui concerne leurs comportements addictifs, ils doivent néanmoins être considérés en fonction de leur pays de provenance, dans la mesure où ces groupes d'usagers sont dans leur grande majorité constitués d'individus d'une même nationalité, et qu'il ne nous a pas été donné d'observer des groupes hétérogènes réunissant des ressortissants de différentes communautés de « gens d'Europe de l'Est ». Différents éléments peuvent expliquer la tendance qu'ont les observateurs, les autres usagers de drogues ou les acteurs de la réduction des risques à englober cette population dans une même catégorie, comme celle de « gens d'Europe de l'Est », voire à évoquer les groupes des « Russes », sans nécessairement distinguer les Géorgiens, les Ukrainiens, ou encore les Moldaves. Cette situation peut aisément s'expliquer par le fait que ces groupes sont difficiles à approcher, et que lorsqu'un contact s'établit, soit au travers d'interprètes, soit au travers de pairs qui parlent Français, la langue utilisée pour communiquer est habituellement le Russe, les personnes dont il

est ici question étant toutes russophones. Cependant, les groupes composés de Polonais ne semblent pas faire l'objet d'une telle confusion de la part des observateurs, ce qui a permis aux équipes de réduction des risques de s'appuyer sur des immigrés de plus longue date pour entrer en contact avec de nouveaux arrivants.

- **Les Polonais**

Caractéristiques des populations

Les usagers de drogues originaires de Pologne sont, pour nombre d'entre eux, en France depuis quelques années déjà, alors que d'autres ont immigré très récemment. Ces personnes, qui la plupart du temps vivent et se déplacent en groupe, ont acquis une visibilité croissante dans les espaces publics parisiens. Pourtant, il semblerait que dans leur grande majorité, elles vivent dans des squats communautaires qui se situent au-delà du périphérique, notamment dans les proches banlieues à l'est et au nord de Paris. Par conséquent, la plus grande partie des données recueillies pour cette investigation spécifique l'ont été auprès de dispositifs de réduction des risques intervenant dans le département de la Seine-Saint-Denis. Cette population représente jusqu'à la moitié de la file active de certaines structures de réduction des risques. Si les usagers contactés par les dispositifs itinérants (l'antenne mobile de l'association AIDES et celle de l'association Proses) sont Polonais dans leur grande majorité, on trouve au sein des groupes des ressortissants d'autres pays. Il a été évoqué le cas d'une femme russe, de quelques Yougoslaves et Bulgares, et d'un Kazakh.

Parmi ces groupes originaires de Pologne, on compte surtout des hommes, âgés de 18 à 30 ans, arrivés en France à l'âge de 20 ans environ. Les plus âgés d'entre eux peuvent être présents en France depuis dix ans, les plus jeunes viennent d'arriver. Il peut être surprenant de constater que même ceux qui sont en France depuis plusieurs années ne maîtrisent pas la langue, ce qui semble significatif de leur extrême isolement par rapport à la société française. Cependant, il arrive que dans un groupe, une ou deux personnes aient une maîtrise de la langue suffisante pour une communication sommaire, et servent de médiateurs entre leur groupe d'appartenance et leurs interlocuteurs parlant Français (agents du service public, acteurs de la réduction des risques et de la lutte contre la précarité, commerçants, etc.).

La plupart du temps, les groupes dont il est ici question vivent dans des squats communautaires : usines et entrepôts désaffectés, appartements et pavillons à l'abandon ou

loués collectivement de façon informelle, etc. Ces lieux présentent rarement des conditions d'hygiène décentes. Certains groupes, lorsqu'ils sont expulsés d'un squat ou que leur situation de précarité s'aggrave, investissent des espaces de la capitale, s'installant sous des ponts ou dans des tunnels aux alentours du quartier des Halles. Ce quartier semble d'ailleurs être le principal lieu de vie des groupes de Polonais, du moins en journée en ce qui concerne les groupes résidant en-dehors des limites de la ville.

La plupart des personnes bénéficieraient de l'Aide médicale d'Etat (AME) ou de la Couverture médicale universelle (CMU) pour ceux, peu nombreux, qui sont en situation régulière au titre d'une autorisation provisoire de séjour pour des raisons médicales (APS), la majorité étant en situation irrégulière sur le territoire. A l'instar d'une grande partie des usagers de drogues en errance à Paris, l'approvisionnement en produits de substitution et en médicaments psychotropes en pharmacie peut être une source de revenus en donnant lieu à un petit commerce essentiellement intracommunautaire. Il y aurait également des petits trafics d'amphétamines tenus par des personnes ayant des contacts avec des réseaux qui acheminent ce produit depuis la Pologne vers les pays d'Europe de l'Ouest. Certains individus perçoivent le Revenu minimum d'insertion (RMI) en fonction de leur statut administratif, mais cela ne concernerait pas les nouveaux arrivants. Quelques personnes travaillent illégalement, effectuant surtout des tâches manuelles très physiques : chargement / déchargement de camions, bâtiment, etc. Enfin, nombre de ces personnes ont recours à la mendicité.

Il semble intéressant de souligner que malgré les situations de grande précarité sociale et sanitaire que connaît cette population, aucune des personnes rencontrées dans le cadre de cette investigation n'exprime le regret d'avoir quitté leur pays d'origine, où leurs conditions de vie étaient selon elles encore pires que celles qu'elles connaissent actuellement. Le fait que ces personnes soient dans leur grande majorité issues de milieux très pauvres constitue sans doute un élément permettant de comprendre leur souhait de rester en France.

Caractéristiques des consommations

Concernant l'usage de drogues des migrants originaires de Pologne et ses modalités, les observations permettent de faire le constat, parmi les Polonais, d'une tendance à une polyconsommation nettement plus importante que chez les autres groupes d'immigrés récents, avec, à la fois, une grande variété des produits utilisés et des niveaux de consommation très élevés. Le recours à la voie intraveineuse serait aussi plus fréquent par rapport à d'autres groupes d'usagers de drogues.

Cette polytoxicomanie prendrait généralement la forme d'association d'une très large gamme de produits : Subutex® et Skénan® surtout par voie intraveineuse, alcools divers en grande quantité (beaucoup de vodka, du vin rouge, de la bière), médicaments psychotropes tels que le Rivotril®, le Rohypnol®, le Valium®, l'Artane® etc., mais aussi drogues de synthèse, notamment des amphétamines (essentiellement injectées), de l'ecstasy, plus rarement de la cocaïne et de l'héroïne injectées, et de plus en plus souvent du crack fumé et injecté. A propos de ce dernier produit, on constate une présence de plus en plus importante de groupes de Polonais dans le 18ème arrondissement qui viennent pour s'approvisionner en crack, et non plus seulement pour acheter des médicaments détournés, phénomène déjà observé depuis quelques années.

Recours au dispositif de première ligne et de soins

Parmi les nombreux problèmes sociaux et sanitaires que peut poser cette polyconsommation compulsive, l'usage récurrent de l'injection, à laquelle cette population semble être particulièrement attachée mérite d'être souligné. Parmi les usagers du Programme d'échange de seringues de Médecins du Monde, cette population serait fréquemment demandeuse de seringues de 5 cc utilisées pour s'injecter cinq comprimés de Skénan® en même temps. Il a aussi été rapporté des cas d'utilisation de seringues de 50 cc lorsque certaines préparations sont faites dans des casseroles. L'injection de substances tels que le Subutex® et l'amphétamine, notamment, est de nature à favoriser les abcès et le gonflement des mains et des avant-bras du fait de l'obstruction du système veineux due aux composants de ces produits. Dans la mesure où cette population a relativement peu de contacts avec les structures sanitaires, les abcès non soignés peuvent prendre des proportions dangereuses jusqu'à mettre en péril la vie de ceux qui en sont victimes. Dans le même sens, la difficulté de communication avec les intervenants en réduction des risques interroge sur l'efficacité des messages d'information visant à prévenir les risques de contamination par des maladies infectieuses. De surcroît, la méfiance dont font preuve ces usagers à parler de leurs pratiques addictives a pour conséquence une mauvaise connaissance de ces dernières de la part des acteurs de prévention. La solution la plus pertinente qui pourrait contribuer à améliorer cette situation serait sans doute de rendre plus aisée la communication entre les acteurs de terrain et cette population, notamment en élaborant des messages de prévention dans la langue maternelle des usagers, et en ayant recours à des interprètes qui accompagneraient les équipes de réduction des risques dans leur travail.

L'un des témoignages recueillis auprès d'une personne d'origine polonaise présente en France depuis trois ans permet de mieux comprendre les possibilités d'insertion sociale de ces usagers. Agé de 30 ans, consommateur d'héroïne pendant plus de dix dans son pays, il se fait prescrire du Subutex® qu'il s'administre par voie intraveineuse. Il affirme avec satisfaction que grâce aux programmes de substitution dont il bénéficie depuis son arrivée, il n'a plus jamais connu le *manque*, ce qui lui a permis de stabiliser sa consommation et d'entreprendre un parcours de réinsertion. Il vit dans un squat à Nanterre, mais dans un immeuble occupé par des personnes (usagères de drogues ou pas) de différentes origines, notamment par des familles françaises ou francophones. Il affirme avoir voulu s'éloigner de ses compatriotes usagers de drogues qui vivent entre eux, afin de favoriser son insertion et d'améliorer sa situation sanitaire et sociale (ce que montrait clairement son apparence physique et vestimentaire), et aussi du fait des rapports violents qui règneraient dans les squats communautaires, et de la tendance de leurs occupants à se livrer à une consommation de drogues incontrôlée. Il parle un Français correct, connaît bien et utilise régulièrement les dispositifs de première ligne et d'autres services sociaux. Avec l'intégration de la Pologne au sein de l'Union Européenne, il espère pouvoir, dans un futur proche, régulariser sa situation, travailler et obtenir un logement décent.

N'ayant pas rompu tous liens avec ses compatriotes, il connaît bien leur situation. Il fait notamment le constat que leur isolement et leur méconnaissance de la langue française limitent leur accès aux dispositifs de réduction des risques et aux messages de prévention. Les autres groupes d'usagers de drogues qu'il rencontre, notamment lors de l'approvisionnement en Subutex®, s'efforcent de les éviter, mettant en avant leur tendance à faire preuve de comportements violents.

Deux autres Polonais, rencontrés dans des structures de soins, ont témoigné d'un parcours similaire. Ils se sont éloignés des groupes d'usagers de drogues de leur communauté. En quelques mois, ils ont appris à s'exprimer en français, ont largement amélioré leur état sanitaire et diminué leur consommation de drogue. Peut-être est-il possible de tirer des leçons de ces cas particuliers : l'enfermement communautaire et la ghettoïsation semblent aller à l'encontre de l'amélioration de la vie des individus qui composent ces groupes. Par conséquent, il serait intéressant d'offrir aux individus qui le souhaitent davantage de possibilités de s'éloigner du contexte des squats communautaires afin de mieux s'insérer dans la société française et de faire en sorte qu'ils puissent améliorer leurs conditions d'existence.

- **Les Géorgiens**

Des groupes d'usagers de drogues en provenance de Géorgie sont de plus en plus visibles en milieu urbain, et, mis à part les usagers Polonais, semblent être, parmi les usagers de drogues plus ou moins récemment arrivés des pays d'Europe de l'Est, ceux qui ont le plus souvent recours aux dispositifs de réduction des risques parisiens.

Les lieux de vie de cette population se situeraient plutôt dans l'est parisien intra-muros ou en très proche banlieue, sans qu'il soit possible de déterminer des lieux de résidence précis du fait d'une forte instabilité dont les raisons seront évoquées ci-après.

On peut prudemment proposer une distinction entre deux types d'usagers géorgiens qui présentent des caractéristiques sensiblement différentes :

- d'une part, il a été possible d'identifier des groupes d'usagers géorgiens issus d'une immigration relativement plus ancienne, mais pas suffisamment pour que ces personnes aient eu le temps de régulariser leur situation administrative. Les individus qui composent ces groupes disent avoir quitté leur pays d'origine pour des raisons politiques, être demandeurs d'asile, et être arrivés en France accompagnés de leur famille. Les témoignages recueillis tendent à accréditer l'hypothèse selon laquelle ces personnes occupaient une position relativement élevée dans la hiérarchie sociale de leur pays d'origine. Elles sont en effet le plus souvent très diplômées et âgées de 45 ans en moyenne. Le fait d'être en situation irrégulière les empêche néanmoins de s'intégrer dans le marché de l'emploi, malgré leurs qualifications professionnelles. Pour la plupart, ces familles sont prises en charge par des associations spécialisées dans l'aide aux demandeurs d'asile, qui mettent à leur disposition des hébergements en hôtel. Cette situation ne permet donc pas de déterminer des lieux de résidence stables concernant cette population. Les « chefs » de famille de ces groupes seraient essentiellement des consommateurs d'héroïne par voie intraveineuse, dans certains cas parallèlement à des prises de méthadone. Leur consommation d'héroïne et d'opium seraient bien antérieures à leur arrivée en France, et auraient été initiées dès les années 70 / 80 dans leur pays d'origine. A cette époque, la consommation d'opiacés était le privilège d'une certaine élite, et bénéficiait d'une image plutôt positive. Il semble que cette image n'ait pas été significativement écornée par leur carrière dans la toxicomanie.

- d’autre part, il est possible de distinguer des groupes de Géorgiens usagers de drogues issus d’une immigration plus récente. Cette population a été décrite comme se renouvelant rapidement, avec des nouveaux arrivants chaque semaine. Ces groupes seraient composés d’individus originaires de Tbilissi et de la République autonome d’Abkhazie et provenant de catégories sociales se situant au bas de la hiérarchie sociale dans leur pays d’origine. Cette population serait principalement constituée d’hommes célibataires dont la moyenne d’âge pourrait être comprise entre 20 et 30 ans. Ces hommes, arrivés sans leur famille, sont pour la plupart demandeurs d’asile, et, à l’instar de leurs compatriotes installés de plus longue date, ils sont suivis par des associations spécialisées dans ce domaine. Il convient de rappeler que la Géorgie n’est que très récemment entrée dans un processus de démocratisation, le contexte politique antérieur justifie donc aux yeux des personnes dont il est ici question le fait qu’elles réclament l’asile politique en France. A ce titre, elles bénéficient également d’hébergements hôteliers, parmi d’autres formes d’aide sociale. Il apparaît cependant que la plus grande instabilité de ces groupes par rapport à ceux précédemment évoqués, et le fait qu’ils aient davantage de difficulté à gérer leurs conduites addictives, rend le suivi moins efficace, et nombreux sont les cas d’échec de ces suivis. Ainsi, ces groupes seraient de plus en plus amenés à avoir recours à des foyers d’hébergement d’urgence du 115 ou à vivre dans des squats communautaires dont il est difficile de déterminer l’emplacement. De plus, l’éloignement des dispositifs d’aide aurait pour conséquence d’inciter ces personnes à avoir recours à des activités délictueuses, autant dans le but de subvenir à leurs besoins primaires que de fournir les moyens pour l’acquisition de drogues. La consommation d’héroïne des individus qui composent ces groupes d’immigration récente serait toujours antérieure à leur arrivée à Paris. Mais à l’inverse des groupes de Géorgiens usagers d’héroïne d’immigration plus ancienne, les nouveaux arrivants tendraient à diversifier les produits qu’ils consomment. De nombreux cas de comportements polytoxicomanes engendrant une perte de contrôle accrue ont été rapportés concernant cette population. Certains usagers ont recours à des programmes de distribution de méthadone, sans pour autant cesser de consommer de l’héroïne par voie intraveineuse. Mais la majorité d’entre eux feraient preuve d’usages de drogues très désorganisés. Ces derniers, en plus de l’héroïne, qui

constitue le produit d'entrée dans la toxicomanie, consommeraient de grosses quantités d'alcool (notamment des bières fortes), du Subutex® et du Skénan®, achetés principalement sur le marché des médicaments détournés des alentours de la station Château Rouge, par voie intraveineuse, ainsi que de la cocaïne, également en intraveineuse, mais aussi du crack, dont l'acquisition se fait auprès des scènes habituelles de vente du nord-est parisien. Cette consommation compulsive et incontrôlée associé à la vie de groupe en squat et dans des conditions précaires a, à la fois, des conséquences sanitaires propres à la polytoxicomanie et au mésusage des produits de substitution (abcès, dégradation de la santé physique et psychique, etc.), et des conséquences d'ordre social. Sur ce dernier point, on peut faire référence à des témoignages selon lesquels, d'une part, les rapports à l'intérieur même des groupes seraient très conflictuels, voire empreints de violences physiques, et d'autre part, ces groupes entrent fréquemment en conflit avec d'autres groupes, notamment d'usagers de drogues. Cependant, ces conflits entre groupes verraient leur ampleur régulée du fait de la crainte dont font preuve les autres groupes d'usagers à l'égard des communautés d'usagers originaires des pays d'Europe de l'Est, unanimement considérés comme particulièrement dangereux et violents.

Les personnes originaires d'Afrique

- **Les personnes originaires du Maghreb**

Caractéristiques des populations

Les personnes usagères de drogues originaires d'Afrique du Nord nouvellement arrivées en France arrivent pour partie directement du Maghreb, principalement du Maroc et d'Algérie, mais nombre d'entre elles ont fait des séjours, parfois de plusieurs années, dans d'autres pays européens, notamment en Italie.

Ces populations d'usagers de drogues sont, par rapport aux autres groupes nouvellement immigrés, celles qui sont les plus visibles dans les espaces publics de la capitale, et sans doute les plus nombreuses. Ce sont essentiellement des hommes (aucun cas de femme n'a été rapporté), jeunes (moins de 30 ans), voire très jeunes (mineurs).

Sur le plan administratif, ils sont la plupart du temps en situation illégale ou en voie de régularisation. Les principaux lieux de regroupement de ces groupes sont certains quartiers des 18ème et 20ème arrondissements, notamment la Goutte d'Or et Belleville.

Une des particularités de ces groupes est que nombre des individus qui les composent peuvent, plus souvent que les autres groupes, bénéficier de la solidarité manifestée par des personnes immigrées de plus longue date et avec lesquelles ils ont des liens familiaux ou qui sont originaires de la même région ou du même quartier. Cette situation permet à ces personnes de travailler plus ou moins régulièrement pour des entrepreneurs de leur communauté d'origine, notamment dans des commerces ou sur les marchés. Un autre moyen permettant l'accès à des ressources est la revente de médicaments psychotropes et de produits de substitution obtenus par le biais de l'AME.

Dans les premiers temps de leur séjour dans la capitale, ces usagers de drogues ont en général peu souvent recours aux dispositifs d'hébergement d'urgence, et vivent plutôt en squat, fréquemment dans Paris intra-muros, ou en proche banlieue. Cependant, les foyers d'hébergement d'urgence constituent une alternative pour ceux en situation de marginalisation avancée.

Caractéristiques des consommations

Le plus souvent, leur usage de drogues est antérieur à l'entrée en France, et se résume à la consommation de médicaments psychotropes, de produits de substitution, de cannabis et d'alcool. Les produits tels que le Subutex®, le Rohypnol®, le Rivotril®, et d'autres médicaments psychotropes seraient en effet assez largement disponibles dans certaines grandes villes du Maghreb. Ceux qui ont fait un séjour prolongé dans un autre pays européen (Hollande, Allemagne, Italie) y ont connu d'autres substances telles que la cocaïne, l'héroïne ou les ecstasy, et ont tendance à valoriser la cocaïne comme la meilleure de ces substances, affirmant au passage qu'elle y est en général plus disponible et moins chère dans ces pays qu'en France.

La consommation de cannabis est également toujours antérieure à l'arrivée à Paris. Il en est de même pour l'alcool, mais il est souvent souligné que le contexte légal et culturel français favorisant son usage, la consommation aurait tendance à être moins contrôlée que dans le pays d'origine.

Globalement, cette population associe à la prise massive de benzodiazépines (jusqu'à plusieurs plaquettes de Rivotril® par jour), la prise de Subutex® (dans des quantités qui correspondent à celles habituellement prescrites dans le cadre d'un traitement), une consommation importante d'alcool (bières fortes surtout), et du cannabis.
Ces consommations se font essentiellement par voie orale, rares sont les cas rapportés d'injection.
L'approvisionnement en cachets se fait le plus souvent par le biais de prescriptions rendues possibles par l'obtention de l'AME.
Dernièrement, du fait d'une disponibilité croissante de l'héroïne à la Goutte d'Or, sa consommation par voie nasale serait en augmentation parmi ces populations. Certains affirment prendre de la cocaïne lorsqu'ils en trouvent les moyens, ce produit semblant bénéficier d'une image très favorable au sein de cette population. La consommation de crack semble être très rare, cette substance bénéficiant au contraire d'une image très négative. Pourtant, la majorité de cette population, très présente dans le quartier de la Goutte d'Or, est amenée à fréquenter régulièrement des usagers de crack, notamment dans le cadre des trafics, et n'ignore pas les circuits d'approvisionnement de cette drogue.

Recours au dispositif de première ligne et de soins

Les principaux problèmes liés à l'usage de drogues de ces populations sont :

- le sentiment des usagers de drogues que la prise de benzodiazépine constitue un traitement médical dont ils ne font que dépasser les dosages prescrits ;
- une tolérance aux benzodiazépines qui s'accroît régulièrement, au point que certains usagers sont amenés à en prendre de très grandes quantités dans le but de lutter contre la sensation d'angoisse. De nombreux interlocuteurs mettent néanmoins cette « sensation d'angoisse » sur le compte de la précarité de leur situation sociale et de l'incertitude quant à l'éventualité de régulariser leur situation administrative ;
- certains reconnaissent que leur consommation est abusive et a notamment pour effet de les « abrutir » au point d'être un obstacle pour la réalisation de leurs démarches administratives ;
- fréquemment, ces usagers tentent d'interrompre brutalement et sans suivi médical les prises de benzodiazépines, mais le sevrage effectué sous cette forme a systématiquement des conséquences violentes : évanouissement, crises d'épilepsie, sensation d'angoisse insupportable ou humeur dépressive, etc.

Les usagers venant du Maghreb, lorsqu'ils ne parlent pas couramment le français, en possèdent néanmoins toujours une connaissance suffisante pour engager une conversation. C'est l'un des facteurs qui pourrait expliquer le fait qu'ils aient souvent recours aux dispositifs de première ligne ou de soin, contrairement aux populations venant d'Europe de l'Est. Utilisant peu la voie injectable, ils fréquentent généralement peu les Programmes d'échange de seringues (PES), mais régulièrement les autres structures de première ligne. Ils y restent généralement en groupe, mais entretiennent des rapports avec les autres types de public. Certains de ces usagers, lorsqu'ils parviennent à admettre le caractère problématique de leur consommation, notamment en ce qui concerne les produits de substitution et les benzodiazépines, ont recours aux dispositifs de soins. Il apparaît cependant que, de façon assez fréquente, le traitement psychothérapeutique qu'implique l'entrée dans une démarche de soins ne soit pas toujours compris par ces personnes, qui ont du mal à lui donner du sens, ce que renforce parfois une mauvaise maîtrise de la langue française, qui complique la compréhension de ce que dit le psychothérapeute et la possibilité de parler de sa vie privée. Cet obstacle peut néanmoins être surmonté lorsque le psychothérapeute est culturellement proche de l'usager et est en mesure de s'exprimer dans sa langue maternelle.

- **Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne**

On peut distinguer deux catégories de populations parmi les cas rapportés d'usagers de drogues nouvellement immigrés des pays d'Afrique subsaharienne.

D'une part, on peut voir des hommes arrivés en France par le biais de filières sénégalaises ou zaïroises, dans le but d'occuper la fonction de « modou » dans le trafic de crack du nord-est parisien, et qui, de revendeurs deviennent consommateurs. Ceux qui connaissent cette situation finissent par s'intégrer aux groupes d'usagers de crack d'origine africaine qui errent entre les 18ème et 19ème arrondissements. Ces cas seraient néanmoins plutôt rares et concerneraient des hommes âgés de 20 à 30 ans, qui adoptent le mode de vie propre aux fumeurs de crack très marginalisés.

D'autre part, on constate depuis quelques années la présence croissante de femmes prostituées originaires de pays d'Afrique subsaharienne anglophones. Il est plus que probable que la

présence de ces femmes est due à l'existence de filières de prostitution relativement bien organisées. Selon des usagers fréquentant le 18ème arrondissement, les cas d'usage de drogues seraient plutôt rares parmi cette population ou, du moins, l'usage resterait très discret. Aucun cas de femme africaine anglophone s'étant mêlée aux groupes de consommateurs de drogues du 18ème arrondissement, dont elles fréquentent pourtant les mêmes espaces de vie, n'a été rapporté. Des consommations exclusives d'alcool parmi des « femmes soumises à trafic » d'origine africaine venant consulter dans le centre Croix Rouge du Moulin Joly ont également été rapportées.

Les personnes originaires d'Asie

De l'avis général des acteurs de la réduction des risques, les usagers de drogues issus des communautés asiatiques sont moins visibles et plus difficiles à atteindre que ceux issus d'autres populations immigrées. Dans le même sens, selon des observateurs, les autres groupes d'usagers auraient peu de contacts avec ces populations, moins encore qu'avec des personnes originaires d'Europe de l'Est.

La méconnaissance de la langue française et un certain enfermement communautaire seraient les principaux facteurs de cet isolement.

- **Les Indiens et les Sri Lankais**

Des groupes d'Indiens et de Sri Lankais usagers de drogues seraient d'après des observateurs de plus en plus visibles sur les « scènes » parisiennes, et en tout premier lieu dans le 18ème arrondissement, notamment aux abords de la Goutte d'Or et vers Château Rouge.

Leurs lieux de vie et de résidence se situeraient surtout dans les quartiers au nord du 10ème arrondissement où se concentrent de nombreuses personnes issues de leur communauté d'origine.

La plupart d'entre eux auraient du travail fourni par des entrepreneurs de leur communauté, notamment des commerçants. La recherche d'un tel emploi serait d'ailleurs la première raison de leur venue à Paris.

Ces groupes d'usagers de drogues se contenteraient d'entretenir avec d'autres groupes d'usagers du 18ème arrondissement des relations minimales liées essentiellement à l'approvisionnement en produits de substitution et en médicaments psychotropes.
Un observateur, au fait des évolutions du trafic de crack dans le 18ème arrondissement, a signalé que des groupes d'Indiens et de Sri Lankais devenaient des clients de plus en plus assidus de certains revendeurs de ce produit. Leur apparence physique et vestimentaire serait « normale », et n'aurait rien en commun avec celle des usagers de crack habituellement rencontrés dans le quartier. D'après cet observateur, ces personnes travailleraient clandestinement dans le 10ème arrondissement, et leur usage de crack serait, pour l'heure, récréatif. Ainsi, ces groupes viendraient en début de soirée sur des lieux de *deal* de crack, s'approvisionneraient auprès de revendeurs qu'ils connaissent et repartiraient aussitôt vers leurs quartiers de résidence pour consommer.

- **Les Pakistanais**

Des observateurs notent que les Pakistanais faisant un usage abusif de produits psychoactifs seraient essentiellement des consommateurs abusifs d'alcool. Un usager-observateur, de confession musulmane, suggère que les Pakistanais récemment immigrés sont fortement imprégnés par leur religion d'origine et auraient plus de scrupules que les autres asiatiques à avoir recours aux drogues « dures » telles que l'héroïne ou le crack. La consommation d'alcool serait une transgression déjà difficile à assumer.
En général, les consommateurs d'alcool se regroupent dans des squares ou jardins publics relativement proches des quartiers où se concentrent leurs compatriotes, mais protégés du regard de ces derniers. Leur attitude est considérée comme étant réservée et leur présence discrète.
Il semble que seuls ceux qui sont en France de longue date aient recours aux structures. La plupart du temps, ils se contentent encore d'une consommation importante d'alcool sans expérimenter d'autres produits.

- **Les Chinois**

A défaut de données fiables, la question de l'usage problématique de drogues au sein de la communauté chinoise à Paris fait depuis longtemps l'objet de spéculations de la part des professionnels de la toxicomanie. Il est habituellement considéré que la consommation de drogues, et notamment de dérivés d'opium, est loin d'être absente dans cette communauté, malgré la faible visibilité de groupes d'usagers de drogues de cette communauté dans l'espace urbain et dans les dispositifs de réduction des risques et de soins.

Les professionnels du champ et les autres groupes d'usagers partagent l'idée selon laquelle les problèmes liés aux comportements addictifs vécus par des membres de la communauté chinoise seraient gérés à l'intérieur même de la communauté. Cependant, depuis quelques années, les usagers de drogues issus de la communauté chinoise tendent à devenir de plus en plus visibles en milieu urbain parisien, notamment du fait d'une augmentation notoire de leur recours aux dispositifs de réduction des risques, spécialement à ceux qui délivrent des traitements de substitution à l'héroïne, comme le programme de méthadone du Bus de Médecins du Monde. Quelques dizaines d'usagers ont pu être contactés par l'intermédiaire de cette structure mobile dans le cadre de cette investigation.

Caractéristiques des populations

Il est ici question d'usagers de drogues arrivés depuis peu à la faveur de mouvements d'immigration récents de membres de leur communauté. Cette immigration récente se distingue nettement de la communauté chinoise plus ancienne installée dans le 13ème arrondissement et fortement visible dans certains quartiers.

Les nouveaux arrivants Chinois, parmi lesquels on trouve les usagers de drogues dont il est ici question, tendraient plutôt à vivre dans le 20ème arrondissement, principalement aux abords du quartier de Belleville. Un constat renforce cette hypothèse : le Bus méthadone de Médecins du Monde contacte la majorité de son public de nationalité chinoise aux abords de la Gare de l'Est, proche du quartier de Belleville. Celui-ci serait à la fois le lieu de résidence de cette population et son lieu de travail. Les usagers de drogues rencontrés pour cette investigation y seraient employés dans les restaurants asiatiques et les ateliers de confection. Ils semblent y résider de façon stable, soit chez des proches, soit dans des hébergements collectifs organisés par la communauté. Si leurs conditions de vie et de travail paraissent atteindre un certain degré de précarité, aucun cas de toxicomane chinois sans domicile fixe ou en errance n'a été rapporté.

Les usagers de drogues récemment immigrés en provenance de Chine semblent être dans l'ensemble plutôt jeunes, âgés de 20 à 30 ans. Ce sont pour la plupart des hommes célibataires, originaires de la province de Wenzhou (sud-est de la Chine), et en situation administrative irrégulière. Venus pour occuper des emplois clandestins modestes dans des établissements commerciaux ou des ateliers appartenant à des membres de leur communauté d'origine installés à Paris de plus longue date, il est très probable que la plupart d'entre eux soient liés à des réseaux ayant organisé leur départ de Chine, leur entrée en France, leur hébergement à Paris, dans le but de constituer une main-d'œuvre peu qualifiée et peu coûteuse répondant aux besoins d'entrepreneurs de leur pays d'origine. Une partie de leurs revenus servirait à rembourser les frais du voyage et les services de passeurs. De ce fait, ces nouveaux arrivants resteraient sous le contrôle de réseaux de passeurs et de fournisseurs de main-d'œuvre, du moins tant qu'ils ne se seraient pas acquittés de leurs dettes. Parmi ces nouveaux arrivants, les usagers de drogues auraient davantage de difficultés à rembourser leurs dettes, une partie considérable de leurs revenus pouvant être consacrée à l'acquisition de drogues, ce qui les maintiendrait durablement dans une situation de dépendance vis-à-vis de leurs créanciers, et donneraient lieu à des conflits avec ces derniers. Des travailleurs sociaux ont signalé avoir constaté des signes de maltraitance physique sur certains de ces usagers de drogues.

Caractéristiques des consommations

Cette population serait essentiellement consommatrice d'héroïne, fumée en « chassant le dragon » (le produit est chauffé sur un papier en aluminium et la fumée est aspirée à l'aide d'une paille) ou, plus rarement, consommée par voie intraveineuse. Leurs conduites addictives seraient toujours antérieures à leur arrivée à Paris. Il semble que le plus souvent, ces personnes acquièrent de l'héroïne dite « blanche » de bonne qualité auprès de vendeurs asiatiques, notamment Vietnamiens. Il n'est pas trop imprudent de penser que les cas de polytoxicomanie sont rares. Les observations n'ont permis de constater aucun cas d'usage d'autres produits psychoactifs, ni d'usage intraveineux de produits de substitution.

L'habitude de la consommation d'héroïne, ainsi que le fort contrôle social dont ces personnes font l'objet, pourraient expliquer une certaine « gestion » de l'usage, et par conséquent le fait que cet usage n'empêche pas ces personnes d'exercer une activité professionnelle, et qu'il donne rarement lieu à des problèmes sanitaires majeurs (par exemple des surdoses) qui justifieraient le recours à des dispositifs de prise en charge médicale.

Recours au dispositif de première ligne et de soin

Pourtant, certains de ces usagers ont recours à des programmes de distribution de produits de substitution aux opiacés, avec une préférence manifeste pour la méthadone, au détriment du Subutex®. Le Bus méthadone de Médecins du Monde compte dans sa file active une proportion grandissante de cette population. Les personnes ayant recours à ce programme seraient habituellement informées de son existence de façon informelle, par le « bouche-à-oreille ». Le recours à la médecine de ville constituerait également un moyen d'accéder à des traitements de substitution. Le principal obstacle pour accéder à un tel traitement semble être une méconnaissance totale de la langue française. A moins d'être accompagnés par un proche servant d'interprète, il apparaît difficile pour ces usagers de s'adresser à un médecin de ville. En outre, selon un observateur, la plupart des médecins issus de la communauté chinoise et parlant le chinois se montreraient très réticents à prendre en charge un toxicomane, fût-il originaire de leur communauté, ce qui s'expliquerait par la forte stigmatisation et criminalisation dont sont victimes les usagers de drogues en Chine.

Les usagers de drogues de nationalité chinoise, à l'instar des autres membres de leur communauté, seraient profondément marqués par la stigmatisation dont ils font l'objet dans le contexte socioculturel de leur pays d'origine, et tendraient à préférer la clandestinité. Dans le même sens, ils sembleraient peu enclins à se soumettre à des examens sérologiques. Néanmoins, certains usagers s'approvisionnent en matériel d'injection stérile auprès de Programmes d'échange de seringues ou dans des pharmacies, et plus particulièrement en utilisant, dans un souci de discrétion, des distributeurs automatiques de kits d'injection. Ceci indique que cette population connaît, au moins en partie, certaines consignes de réduction des risques. L'expérience du Bus méthadone de Médecins du Monde montre par ailleurs que la prise de contact avec cette population, ainsi que la diffusion auprès de celle-ci d'informations concernant la prévention et la réduction des risques se trouvent largement facilitées par l'intervention d'interprètes au sein de son équipe, intervention aléatoire puisqu'elle dépend de l'implication de bénévoles bilingues.

D'après les données recueillies, il apparaît que les usagers de drogues récemment immigrés de Chine qui bénéficient d'un traitement de substitution aux opiacés (parfois initié en Chine) n'interrompent pas pour autant leur consommation d'héroïne par voie intraveineuse. La substitution semble constituer pour cette population un moyen de régulation de la

consommation d'héroïne, et des dépenses financières qu'elle implique, plutôt qu'une façon d'interrompre cette consommation, cela même pour ceux qui font preuve d'une forte adhésion à ce type de programme et qui les fréquentent très régulièrement.
Par ailleurs, le recours aux CSST semble être extrêmement rare. Un usager de drogues a fait part de l'impossibilité pour lui d'être hospitalisé pour une cure d'abstinence parce qu'il ne pouvait pas interrompre son activité professionnelle.
Autre constat récurrent : ce groupe n'aurait, la plupart du temps, aucun contact avec d'autres groupes d'usagers de drogues, y compris avec ceux originaires du Vietnam, alors même que ces deux communautés s'approvisionnent en héroïne auprès des mêmes revendeurs d'origine vietnamienne.
Enfin, à la différence des usagers de drogues d'Europe de l'Est, ceux de Chine contactant les structures de soins auraient peu de demandes sociales.

- **Les Vietnamiens**

Des usagers de drogues vietnamiens ont acquis une certaine visibilité dans l'espace urbain parisien depuis quelques mois, voire depuis une ou deux années. Par rapport aux usagers d'héroïne chinois, cette population présente, d'une part, des différences sur le plan de leur insertion sociale, et, d'autre part, des ressemblances quant à leurs conduites addictives.
Concernant le premier point, il apparaît que dans leur grande majorité, ces usagers sont des immigrés de longue date, alors que leur visibilité est plus récente. Les observations n'ont pas permis de déterminer des lieux de vie ou de résidence spécifique à cette population. Il s'agirait surtout d'hommes plutôt jeunes (25 ans en moyenne), en situation régulière sur le territoire français du fait de leur statut de réfugiés politiques. Pour des raisons historiques liées à la présence française passée en Indochine, ces personnes font, la plupart du temps, preuve d'une bonne maîtrise du français.

Les explorations concernant cette population d'usagers de drogues incitent à distinguer parmi celle-ci :

- d'un côté, les personnes insérées professionnellement, qui travaillent essentiellement dans des commerces ou d'autres types d'entreprises appartenant à des membres de leur communauté nationale d'origine. Dans la mesure où leur situation administrative est régulière, il leur est possible d'avoir un emploi déclaré, ce qui n'est pas toujours le cas ;
- d'un autre côté, les individus en processus de désaffiliation ou en situation d'exclusion. Ceux-ci n'ont pas d'emploi, et se mêlent aux populations les plus précarisées de la capitale. Ils tendraient à éviter les dispositifs d'aide spécifiques à la toxicomanie. Néanmoins, leur maîtrise de la langue française et le fait qu'ils soient généralement en situation administrative régulière faciliteraient leur recours aux structures généralistes.

Ces deux catégories auraient en commun des conduites addictives similaires. Ainsi, tout comme les usagers de drogues chinois, les Vietnamiens consommeraient exclusivement de l'héroïne par voie intraveineuse, et occasionnellement de la méthadone délivrée par des programmes de substitution, sans pour autant, le cas échéant, interrompre leur usage d'héroïne. Le recours à de tels programmes serait néanmoins plutôt rare. Cela pourrait s'expliquer par la facilité pour cette population d'accéder à de l'héroïne blanche de « bonne qualité », fournie par des revendeurs de leur communauté. Ces derniers pourraient faire partie des mêmes réseaux qui approvisionnent en héroïne les usagers de drogues chinois dont il a été question plus haut.

A partir des cas qui ont été rapportés dans le cadre de cette investigation, il est possible d'indiquer, d'une part, que dans cette communauté, la consommation d'héroïne a été la plupart du temps initiée en France, d'autre part, que si aucun cas d'infection à VIH n'a été rapporté, il semblerait que les cas de VHC soient relativement fréquents.

En conclusion : quelques remarques sur les immigrés récents usagers de drogues

Pour conclure cette investigation, quelques caractéristiques significatives communes aux groupes d'usagers de drogues dont il a été question peuvent être signalées :

- en premier lieu, il convient de souligner que les populations approchées dans le cadre de cette investigation ont en commun une tendance à reproduire, dans le contexte français, des comportements plutôt adaptés aux contextes relatifs à la toxicomanie de leurs pays d'origine, qui sont dans les cas présents très marqués par une forte stigmatisation des conduites addictives et un traitement essentiellement répressif, et non pas également sanitaire, de la part des pouvoirs publics. Ce constat ne peut pas ne pas être pris en compte dans l'élaboration des actions de prévention, de réduction des risques, de soins ou de réinsertion sociale en direction de ces populations.
- en deuxième lieu, on peut noter que chacun de ces groupes n'entretient pas de relations particulièrement amicales avec les autres groupes de toxicomanes visibles dans l'espace urbain. Cela est vrai tout autant en ce qui concerne ces groupes de nouveaux arrivants entre eux qu'en ce qui concerne ces groupes par rapports aux groupes « traditionnels » de l'espace urbain. Il est, de plus, surprenant de constater que la situation est à peu près identique pour des groupes venant de régions géographiquement proches, telles que l'Europe de l'Est ou l'Asie. Les relations entre les différents groupes plus ou moins homogènes d'usagers de drogues identifiés par le dispositif TREND à Paris se limitent souvent à des rapports strictement utilitaires, tels que le trafic ou le recel. En outre, la récurrence des situations de violence qui règnent à l'intérieur même de ces groupes doit être soulignée. Il apparaît donc que les premières victimes de la violence qui caractérise le phénomène de la toxicomanie en milieu urbain précaire sont les usagers de drogues eux-mêmes, à fortiori lorsqu'ils très marginalisés.

Ces remarques conduisent à mettre en relief le fait que si la toxicomanie en milieu urbain (en l'occurrence dans des situations d'errance et de précarité) constitue un phénomène global configuré selon des modalités généralisables, celui-ci doit faire l'objet d'une appréhension attentive aux différences qui le caractérisent lorsqu'on tient compte de groupes particuliers qui composent sa totalité.

Caractéristiques des usagers de drogues du milieu festif dans l'espace urbain et recours au dispositif de première ligne et de soins

Cette investigation, conduite par Guillaume Pfaus, dans le cadre de l'observation de l'espace urbain du dispositif TREND Paris a pour objectif d'apporter, à partir d'observations menées exclusivement en milieu urbain, quelques éclairages sur les rapports entre les actions de réduction des risques en milieu urbain et les usagers issus du milieu festif. Les données portant sur les caractéristiques de ce groupe spécifique sont issues d'observations précédentes réalisées dans le cadre de TREND Paris et d'observations récentes conduites pour cette investigation. Les propos qui exposent les difficultés que rencontrent les professionnels intervenant en milieu urbain confrontés à ce public particulier et les propositions visant à améliorer les actions de ces derniers sont issus de discussions avec des intervenants de différentes structures parisiennes.

Caractéristiques générales des usagers de drogues

- **Un groupe dont les caractéristiques ne sont pas totalement homogènes**

Si les usagers de drogues issus du milieu festif peuvent être envisagés globalement comme un groupe qui se distingue des autres usagers en milieu urbain, il est néanmoins possible de diviser ce groupe en sous-groupes présentant des caractéristiques qui les différencient entre eux. On peut reprendre une typologie qui avait été construite à l'occasion d'explorations faites en 2003 et qui portaient sur la perméabilité entre milieu festif et milieu urbain[79]. Cette typologie différenciait quatre catégories de participants liés aux événements festifs de type « rave ». Deux d'entre elles concernaient des groupes dont les membres étaient plus susceptibles que les autres de passer d'un usage de drogues en milieu festif vers un contexte de consommation en milieu urbain :

79 « La perméabilité entre l'espace festif et l'espace urbain », Halfen S., Grémy I., Etat des lieux de la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2003, TREND, rapport ORS Ile-de-France, juin 2004, pp. 47-52.

- des personnes d'au moins trente ans se revendiquant plus ou moins de mouvements de *travellers*, notamment des « Spirale Tribes », qu'on peut voir comme un avatar des mouvements hippies des années 70. Ces « Spirale Tribes », communautés nomades qui ont importé les free parties en France à l'aube des années 90, qui seraient aujourd'hui moins mobiles et plus précaires, et dont les membres seraient assez enclins à une consommation abusive de substances psychoactives ;
- des jeunes attirés par le caractère clandestin des free parties et curieux d'expérimenter tous types de produits. Sans initiation préalable par des pairs plus âgés, ces jeunes souvent mineurs ont tendance à consommer abusivement.

Les observations récentes ne semblent pas démentir cette catégorisation. Les usagers originaires du milieu festif et qu'on retrouve dans un contexte urbain sont en général issus de l'un des deux groupes précités.

Il était également souligné, en 2003, que les usagers passés du milieu festif vers le milieu urbain, ne constituaient pas une catégorie totalement homogène, même s'ils pouvaient présenter des caractéristiques similaires. On peut encore, à l'heure actuelle, identifier des différences telles que l'âge des personnes concernées. Ainsi, on distingue aisément deux classes d'âge qui recoupent la catégorisation précédente, l'une englobant des jeunes ayant autour de 20 ans, l'autre des personnes ayant autour de 30 ans. D'autres traits distinctifs sont toujours valables pour différencier des sous-groupes à l'intérieur du groupe des usagers issus du milieu festif :

- la culture vestimentaire rattachée à une sous-culture particulière : d'une part, le look « punk » (habits noirs, cuir, coiffure alternant crâne rasé et cheveux longs), d'autre part, le look « techno » (privilégiant les treillis militaires la plupart du temps) ;
- les conditions de vie : d'une part le fait de vivre en squat et dans des groupes relativement intégrés, d'autre part, celui d'errer d'un foyer d'hébergement à l'autre, et de fréquenter les structures d'accueil pour toxicomanes de façon plus ou moins solitaire.

- **Un groupe qui se distingue sensiblement des autres usagers de drogues en milieu urbain**

Le constat de l'existence de sous-groupes présentant des caractéristiques différentes au sein même de ceux qu'on nomme ici « usagers issus du milieu festif » ne doit pas mener à faire abstraction du fait que, pris globalement, ces derniers forment un groupe possédant des traits communs qui le distinguent des autres usagers de drogues en milieu urbain.
Ce qui, en premier lieu, caractérise les usagers de drogues issus du milieu festif et justifie les observations exposées ici sur ce groupe spécifique, réside dans le fait qu'il se compose de personnes qui revendiquent de façon récurrente leur différence par rapport aux autres usagers en milieu urbain. Ce groupe d'usagers montre en effet le souci d'établir un lien entre les conduites addictives et un mode de vie « *anarchique* » refusant le « *conformisme de la société* », et exprimant le refus d'être assimilé à des personnes dont la toxicomanie apparaît comme seulement destructrice et « *sans aucun sens* ».

Au-delà de discours idéologiques le plus souvent peu élaborés, concrètement, cette distinction se traduit notamment par :

- une moyenne d'âge significativement inférieure à celle des usagers habituels en milieu urbain ;
- une apparence vestimentaire qui fait référence soit à la culture techno, soit à la culture punk ;
- une tendance à vivre au sein de groupes de pairs. Ceux qui mènent une vie solitaire ou qui se sont mêlés aux usagers « habituels » du milieu urbain étant en général dans des situations de plus grande précarité et désaffiliation ;
- une tendance à consommer une plus grande diversité de produits et à recourir plus fréquemment à l'injection. Nous reviendrons plus loin sur cette question ;
- un éloignement plus important par rapport aux dispositifs de réduction des risques dû à la volonté de cette population de se différencier des autres groupes d'usagers de drogues marginalisés en milieu urbain. Nous reviendrons également sur cette question.

Le constat de ces distinctions, qu'on peut qualifier de « culturelles », entre les groupes d'usagers issus du milieu festif et les autres groupes d'usagers en milieu urbain, amène à faire celui des relations souvent hostiles qui ont cours entre ces différents groupes, ces dernières se résumant en général à des rapports de *deal*. Des observations récentes semblent confirmer un autre phénomène précédemment décrit : certains usagers issus du milieu festif ayant atteint un niveau de précarité avancé, tendent à s'éloigner de leur groupe d'origine en s'intégrant parallèlement à la communauté des usagers « traditionnels » en milieu urbain très marginalisés.

Par ailleurs, les professionnels de l'intervention en toxicomanie affirment unanimement qu'en comparaison avec les autres groupes d'usagers en milieu urbain, parmi les usagers issus du milieu festif :

- la proportion des femmes est plus importante ;
- le niveau d'études est, de façon significative, globalement plus élevé ;
- les personnes de nationalité française sont proportionnellement plus nombreuses, de même que les personnes originaires de province ;
- le recours à la mendicité comme source de revenus est plus conséquente, ce qui est dû à la fois au fait que les membres de ce groupe sont nombreux à ne pas avoir encore l'âge de percevoir le Revenu minimum d'insertion (RMI), et au fait qu'ils semblent moins enclins à obtenir des ressources au travers d'activités comme le vol, la prostitution, etc. ;
- les séjours en prison sont moins fréquents ;
- la vie dans des squats communautaires est une pratique plus répandue ;
- la mobilité des personnes est importante, nombre d'entre elles ne s'attardent pas longtemps dans une même ville[80].

Il est difficile d'évaluer la proportion que représentent ces usagers dans l'ensemble des usagers de drogues en milieu urbain parisien, mais ils semblent former un groupe minoritaire. Cependant, il ne paraît pas absurde de penser que cette proportion tend à devenir plus importante, sinon plus visible, si l'on en croit les professionnels de la réduction des risques.

80 La thématique des usagers de drogues nomades ou en errance urbaine a fait l'objet d'une investigation spécifique dans le rapport TREND Paris en 2004, pp.131-145.

Usages et modalités d'usage des toxicomanes issus du milieu festif

- **Une grande diversité de produits consommés**

La diversité des produits psychoactifs consommés par ce groupe d'usagers semble être plus grande que celle des autres usagers du milieu urbain. En effet, outre les produits les plus souvent consommés en milieu urbain (médicaments anxiolytiques détournés, alcool, cannabis, traitements de substitution détournés, crack), les usagers issus du milieu festif tendent à consommer régulièrement de la cocaïne en poudre, de l'héroïne et des drogues de synthèse (ecstasy, amphétamines LSD, kétamine, etc.), ce qui est particulièrement rare en milieu urbain.
Concernant les produits habituellement consommés en milieu urbain, selon certaines sources, les usagers issus du milieu festif consommeraient des médicaments anxiolytiques détournés, de l'alcool, du cannabis, du Skénan® dans une proportion plus importante que « la moyenne générale ». A l'inverse, la consommation de Subutex® et de crack le serait moins.

- **Des pratiques d'injection qui pourraient présenter davantage de risques**

Concernant l'usage de Skénan® ainsi que celui d'héroïne ou de cocaïne en poudre (et, dans une moindre mesure, celui des amphétamines), la voie injectable serait le mode d'administration le plus courant, ce qui appelle deux commentaires. D'une part, le recours plus fréquent à l'injection augmente d'autant les possibilités de prises de risque et de transmission de maladies infectieuses. D'autre part, d'après les données recueillies, les usagers dont il est ici question auraient tendance à prendre davantage de risques dans leurs pratiques d'injection que les usagers injecteurs du milieu urbain. Si ce phénomène s'avérait réel, il pourrait peut-être s'expliquer par le plus jeune âge de ces usagers, qui n'ont pas bénéficié du même niveau d'information que leurs aînés, qui ont été, il y a quelques années, particulièrement ciblés par les campagnes de prévention liées au risque de contamination par le VIH.

Les dispositifs d'intervention en milieu urbain face aux usagers issus du milieu festif

- **De nouveaux défis pour les intervenants en milieu urbain**

La spécificité des caractéristiques des usagers issus du milieu festif, tant sur le plan culturel et social que sur celui des pratiques de consommation de substances psychoactives, ne va pas sans poser certains problèmes aux dispositifs intervenant auprès d'usagers en milieu urbain. Les professionnels de ces dispositifs se trouvent en effet de plus en plus fréquemment confrontés à cette population sensiblement différente de leur public habituel. Il convient ici de préciser que si ce nouveau public est généralement peu enclin à fréquenter ces dispositifs (notamment pour les raisons évoquées plus haut), cela tendrait à être de moins en moins vrai. Les observations que nous menons depuis quelques années auprès de cette population d'usagers incitent à affirmer que celle-ci est de plus en plus visible dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie.

Les principales difficultés identifiées par les intervenants contactés pour cette investigation sont étroitement liées aux caractéristiques socioculturelles propres à ce groupe, telles qu'elles sont exposées dans les deux premières parties :

- si les usagers issus du milieu festif tendent à fréquenter davantage les dispositifs spécialisés, ils se montreraient relativement peu disposés à se confier aux intervenants de ces dispositifs, limitant le plus souvent leurs rapports avec ces derniers au strict minimum. Dans ce sens, ils s'attarderaient rarement dans les structures de réduction des risques, ce qui pourrait tenir au fait qu'ils sont peu enclins à se mêler aux autres usagers qui fréquentent ces lieux ;
- de même, la forte mobilité qui caractérise ces usagers ne favorise pas la construction de relations à plus long terme avec les professionnels de la réduction des risques, ce qui a notamment pour conséquence une plus grande difficulté pour ces derniers d'obtenir des informations sur le profil socioculturel et le mode de vie de ce public. Le déficit de connaissances qui en découle limite la possibilité pour les intervenants d'élaborer des actions pertinentes en direction de ces usagers ;

- par ailleurs, la consommation de drogues de synthèse accroît considérablement le niveau de polyconsommation et les risques sanitaires que celle-ci implique. A ce titre, l'usage de produits de synthèse en eux-mêmes, ainsi que l'augmentation de la polyconsommation à laquelle il donne lieu, constituent un défi pour les professionnels de la toxicomanie intervenant en contexte urbain. En effet, ces derniers sont rarement confrontés à des usagers de drogues de synthèse, et leur tâche peut être rendue plus difficile à accomplir par manque de connaissance sur ces nouvelles drogues et leurs modalités d'usage ;
- enfin, on peut lister brièvement d'autres facteurs qui, selon les intervenants interviewés, compliquent leur travail auprès de ce groupe d'usagers : ceux-ci sont fréquemment accompagnés de chiens, pour l'accueil desquels les structures parisiennes ne disposent pas d'espaces adaptés (ce qui semble être moins souvent le cas des structures implantées en province) ; leur apparence stylisée qui correspond à des codes culturels spécifiques, en donnant extérieurement l'impression d'une recherche esthétique, peut parfois masquer des situations de grande précarité.

- **Quelques propositions**

Des discussions engagées avec des professionnels de la réduction des risques exerçant en milieu urbain parisien, quelques propositions peuvent être dégagées susceptibles de mieux adapter les interventions en direction des usagers issus du milieu festif, et évoquer des expériences existantes qui semblent porter leurs fruits.
Les propositions les plus souvent évoquées par les intervenants :

- partant d'une réflexion globale sur la réduction des risques, une plus grande transversalité des actions en milieu festif et en milieu urbain semblerait souhaitable, ce qui impliquerait de favoriser les échanges entre les intervenants de ces deux milieux respectifs. Ces échanges de savoir-faire permettraient, entre autres choses, de sensibiliser les intervenants en milieu festif sur les phénomènes de « passage » vers des modes de vie et de consommation propres au milieu urbain dont certains usagers du milieu festif font l'expérience, ou encore de donner la possibilité aux intervenants en milieu urbain de se familiariser avec le

milieu festif. Les équipes travaillant en milieu urbain, en disposant d'une meilleure connaissance des produits consommés et des modalités de consommation propres au milieu festif, seraient plus à même de diffuser des messages de prévention et de réduction des risques adaptés à ce nouveau public ;

- dans le même sens, et à plus court terme, il conviendrait d'intégrer, au sein des équipes intervenant en milieu urbain et confrontées à la présence d'usagers issus du milieu festif, des personnes étant déjà intervenues en milieu festif ou en ayant une bonne connaissance. Des expériences de ce type qui ont eu lieu dans des structures parisiennes ont porté leurs fruits, notamment du fait que la proximité « culturelle » entre ces intervenants et les usagers issus du milieu festif a favorisé les relations entre les intervenants et ce public, et une certaine fidélisation de ce dernier, avec pour conséquence un meilleur suivi des personnes ;
- il serait aussi souhaitable que des équipes intervenant en milieu festif puissent également intervenir en milieu urbain auprès de publics issus du milieu festif. L'équipe de la mission rave de Médecins du Monde, en intervenant dans des squats (par le biais de la Mission squat) va dans le sens de cette « interpénétration » des dispositifs urbains / festifs ;
- les structures d'accueil devraient être en mesure de recevoir les animaux de compagnie. Cette proposition, bien qu'elle soit dans son principe unanimement partagée, semble néanmoins difficile à mettre en place dans le contexte parisien, dans la mesure où elle impliquerait que les structures d'accueil bénéficient de locaux moins exigus.

Synthèse des observations et faits marquants en 2005

Les observations recueillies à Paris dans le cadre du dispositif TREND en 2005 permettent, en les recoupant, de produire un état des lieux des phénomènes liés à la toxicomanie. Ces observations permettent également de pointer quelques tendances nouvelles qui, si elles ne relèvent pas toutes de phénomènes émergents, apparaissent en évolution par rapport aux observations conduites en 2004.

Comme chaque année, deux espaces d'observation ont été privilégiés : « l'espace urbain » et « l'espace festif ». L'espace urbain concerne, pour l'essentiel, des personnes rencontrées dans des structures accueillant les usagers de drogues (structures de première ligne telles que les « boutiques » et programmes d'échange de seringues), dans des centres de soins spécialisés ainsi que dans des lieux « ouverts » tels que la rue et les squats. L'espace festif désigne les lieux dans lesquels se déroulent des événements festifs, que ceux-ci soient commerciaux (clubs, discothèques, bars, concerts, soirées privées, etc.) ou non (free parties, teknivals, etc.), de différentes cultures musicales, avec néanmoins une dominante pour les musiques électroniques.

Dans l'espace urbain et dans l'espace festif

Perméabilité croissante entre l'espace urbain et l'espace festif ainsi qu'entre les différents espaces festifs

Depuis 2002, une plus grande perméabilité qu'auparavant est observée entre espace « festif » et espace « urbain » en ce qui concerne les usages de drogues. Des produits ou des modes d'administration qui étaient jusque-là très spécifiquement associés à l'un des espaces sont désormais devenus plus visibles dans les deux espaces. En 2005, différents éléments confirment cette tendance montrant une diffusion de certains usages de l'espace urbain vers l'espace festif et inversement, de l'espace festif vers l'espace urbain. Dans le premier cas, on peut citer les usages d'héroïne. Certains des usagers fréquentant les espaces festifs de type *underground* (teknivals, free parties) sont passés d'un usage occasionnel d'héroïne ou d'un usage d'héroïne servant à la régulation d'autres produits (principalement « gestion de la descente » de stimulants) à un usage régulier où l'héroïne est désormais utilisée, souvent par voie injectable, en produit principal. Ces usagers, après deux à trois ans d'usage régulier d'héroïne, présentent

des caractéristiques de plus en plus proches de celles des usagers « habituels » d'héroïne (dépendance, dégradation physique, désinsertion, etc.) et sont de plus en plus visibles dans les structures de soins, notamment pour des demandes de traitements de substitution aux opiacés. En ce qui concerne la diffusion de certains usages de l'espace festif vers l'espace urbain, en 2005, une tendance à l'augmentation de la consommation d'ecstasy peut être notée parmi les usagers de drogues très marginalisés des 1er et 18ème arrondissements de Paris.
Il est également souligné une « perméabilité » plus grande qu'auparavant entre les différents espaces festifs. Les soirées « before » ou « after »[81] favoriseraient de plus en plus les rencontres entre différents milieux festifs (teuffeurs, clubbeurs, clubbeurs gay, etc.) qui peuvent contribuer à la circulation de produits ou de modes de consommation davantage apparentés à l'un ou l'autre de ces milieux.

Accroissement de la consommation d'alcool et difficultés de prise en charge

Que ce soit dans le cadre de l'observation de l'espace urbain auprès des usagers désinsérés ou celle des espaces festifs (commerciaux ou non), les consommations d'alcool sont décrites en augmentation par différents observateurs comme cela était déjà le cas en 2004. Dans l'espace urbain, il est signalé une augmentation de l'usage d'alcool, et notamment de bières fortes, associé aux comportements de polyconsommation. Pour les acteurs de terrain, il deviendrait de plus en plus difficile d'appréhender séparément l'usage abusif d'alcool et ceux de produits illicites. Dans les espaces festifs, des consommations d'alcool en hausse sont aussi rapportées. Dans les événements festifs de type *underground* (free parties et teknivals), la mise en place récente de bars pour permettre de rembourser les frais d'organisation semble contribuer à favoriser une consommation d'alcool plus importante. Dans les espaces festifs commerciaux, des soirées (« open bar ») offrant un accès gratuit et illimité à des consommations (alcoolisées ou non) semblent devenir plus fréquentes, favorisant aussi des consommations importantes d'alcool. Enfin, il est noté un accroissement de la consommation de Premix[82] dans les clubs, bars et fêtes diverses.

---

81 Il s'agit de fêtes qui précèdent (« before ») ou suivent (« after ») la soirée principale et dont les horaires s'adaptent à cette logique.
82 Le Premix est un mélange de soda sucré et d'alcool fort.

Pénurie importante de cannabis durant le second semestre 2005 à Paris

Le cannabis est le produit illicite le plus fréquemment consommé. Si, en 2005, il reste décrit par tous les observateurs comme étant « très disponible », avec un niveau élevé d'accessibilité, une pénurie importante de cannabis à Paris (et plus largement en Ile-de-France) entre juillet et novembre 2005 a néanmoins été signalée par différents observateurs. Diverses hypothèses explicatives ont été données sur cette pénurie par des revendeurs et/ou des consommateurs de cannabis : des saisies importantes de cannabis auraient été réalisées au Maroc ou en Espagne, la récolte au Maroc aurait eu du retard et aurait été moins importante qu'habituellement du fait d'une forte sécheresse, les importateurs et les gros trafiquants de cannabis auraient conclu une entente pour faire remonter le prix du cannabis, etc. D'après des personnes consommatrices de cannabis et parfois impliquées, de façon ponctuelle ou régulière, dans le trafic de ce produit, en fin d'année 2005, la situation de pénurie n'était plus d'actualité et le haschich était désormais à nouveau très disponible et de « bonne qualité » dans tous les quartiers parisiens. Néanmoins, la pénurie de cannabis, qui a principalement touché la résine, aurait conduit certains usagers à se tourner vers la marijuana et vers l'autoproduction, ce qui aurait renforcé une tendance déjà notée depuis plusieurs années d'un intérêt de plus en plus marqué pour la marijuana et pour les techniques d'autoproduction, perçues comme plus « naturelles » et qui permettraient de disposer de produits plus fortement concentrés en THC, le principe actif du cannabis.

Diversification des caractéristiques des revendeurs et des consommateurs de cocaïne

La cocaïne en poudre, dont la disponibilité est en hausse, est signalée par la majorité des observateurs du dispositif TREND Paris comme étant « très disponible », que ce soit dans l'espace urbain ou dans les espaces festifs (commerciaux, privés ou de type *underground* comme les free parties ou les teknivals). Le produit serait également facilement accessible et il est souligné une grande diversité des revendeurs. Du revendeur de rue au revendeur contacté par téléphone et rencontré dans un appartement, la revente de cocaïne se ferait désormais de plus en plus dans certains établissements nocturnes ou dans certaines soirées. Le produit serait alors revendu soit directement par des personnes fréquentant la soirée, soit par des personnes venues spécifiquement dans ces espaces pour vendre de la cocaïne. A Paris, les trafics seraient beaucoup plus actifs en fin de semaine, aux abords de certains établissements nocturnes. Les caractéristiques des personnes ayant un usage, régulier ou occasionnel, de cocaïne, apparaissent aussi très diversifiées. Deux principaux groupes peuvent être distingués : d'une part, une

population, très majoritairement masculine, d'usagers socialement désinsérés consommant généralement également des opiacés. Ces usagers ont des consommations très régulières (voire compulsives) de cocaïne et utiliseraient le plus souvent la voie injectable. D'autre part, des usagers, plutôt jeunes, insérés socialement, faisant un usage le plus souvent « récréatif » de cocaïne, le week-end lors de sorties festives, administrée généralement par voie nasale. Chez certains de ces usagers, il est néanmoins observé des consommations plus régulières (plusieurs fois par semaine) avec parfois des difficultés à « gérer » leur consommation.

Dans l'espace urbain

Des consommations où les médicaments détournés prédominent de plus en plus

Les observations conduites en 2005 permettent de noter que des polyconsommateurs de drogues (et notamment de crack) du nord-est parisien, parmi les plus précarisés socialement, tendaient, essentiellement pour des raisons d'ordre économique, à diminuer leur consommation de crack et à se tourner vers celle de médicaments psychotropes (traitements de substitution et/ou anxiolytiques) associés à la prise d'alcool (surtout des bières fortes), c'est-à-dire une consommation plus abordable financièrement tout en étant susceptible de produire des effets puissants et « efficaces » pour réguler la sensation d'angoisse. Cette tendance semble être en augmentation, même si ce type de consommation paraît avoir une représentation négative parmi les usagers (« défonce de misère »). Certains d'entre eux refusant même d'admettre que les traitements de substitution ou les anxiolytiques, associés à l'alcool, ont pris une place plus importante que le crack ou que d'autres drogues dans leur polytoxicomanie. On peut donc noter qu'il y a davantage d'usagers de drogues ayant des consommations où les médicaments psychotropes détournés prédominent.

Des contrôles renforcés ayant entraîné une évolution importante du marché des médicaments détournés à Paris

Le marché des médicaments à Paris a sensiblement évolué durant toute l'année 2005, notamment dans le quartier de Château Rouge (18ème arrondissement) où celui-ci est le plus important. Ces transformations significatives sont liées, d'une part, à la réorganisation des modalités de remboursement des consultations auprès de généralistes (parcours de soins coordonnés) et, d'autre part, aux mesures visant à davantage contrôler la délivrance des traitements de substitution aux opiacés et d'autres médicaments psychotropes afin d'éviter les prescriptions abusives et les multiprescriptions responsables d'un marché illicite de médicaments détournés. Des usagers de produits de substitution ayant obtenu des prescriptions supérieures à ce que prévoit la réglementation auraient reçu de la part de leur centre d'assurance maladie des convocations pour des entretiens avec des médecins inspecteurs visant à un rappel à l'ordre alors que d'autres, toujours selon les dires des usagers, se seraient fait suspendre leurs droits (CMU ou AME). Ces mesures ont conduit à l'émergence de nouvelles stratégies d'approvisionnement de médicaments parmi les usagers (utilisation de carte vitale volée, emprunt / location de carte vitale auprès d'usagers, développement d'une économie souterraine d'ordonnances vierges ou d'attestation de droits ouverts, etc.). Si durant le premier semestre, les mesures de contrôle de la sécurité sociale n'ont pas semblé avoir d'influence nette sur la disponibilité des produits vendus au détail, en revanche, lors du dernier trimestre, les médicaments détournés étaient nettement moins disponibles à Paris et cela, malgré les stratégies mises en place par les usagers pour contourner ces contrôles. A la fin du premier semestre 2005, les médicaments détournés étaient vendus à des prix près de deux fois supérieurs à ceux pratiqués six mois auparavant.

Précarisation et marginalisation croissante des toxicomanes

Du point de vue du mode de vie des usagers en grande précarité, les mesures visant à davantage contrôler la délivrance des traitements de substitution aux opiacés auraient eu des conséquences importantes, pour ceux qui s'adonnaient à la revente de médicaments et en tiraient une partie ou la totalité de leur ressource. La difficulté croissante pour obtenir les médicaments, avec davantage de déplacements et de temps passé à rechercher de nouveaux médecins et de nouvelles pharmacies, conduit globalement à un état sanitaire plus dégradé des usagers. En effet, les personnes usagères de drogues sont amenées à connaître une plus grande

désorganisation de leur mode de vie, notamment du fait que l'approvisionnement en drogues leur coûte davantage de temps, ce qui tend à les éloigner des dispositifs susceptibles de leur venir en aide, et par conséquent à les conduire à se retrouver dans des situations de marginalisation et de précarisation sociale et sanitaire encore plus marquées que celles qui sont habituellement les leurs. La dégradation de leurs conditions de vie semble donner lieu à davantage de comportements autodestructeurs et d'attitudes de violence, celles-ci se manifestant à la fois dans les relations entre usagers et dans celles que ces derniers entretiennent avec les personnels des dispositifs de soins et de réduction des risques.

Visibilité importante d'usagers de drogues en errance dans le nord-est de Paris et mode de vie plus clandestin

Suite aux évacuations, conduites en 2004 par la police, de bâtiments occupés par des usagers de drogues, notamment de crack, il a été noté, en 2005, une augmentation de la visibilité de ces usagers dans certains quartiers du nord-est de Paris ainsi que la multiplication et la dispersion, sur ces territoires, des lieux de trafic et de consommation de drogues. Cette situation a engendré la présence d'un plus grand nombre d'usagers de drogues précarisés en errance dans la rue, avec comme conséquence davantage de relations conflictuelles entre usagers de drogues et riverains, usagers de drogues et forces de l'ordre et usagers de drogues entre eux. Les usagers évacués qui ont pu réinvestir des squats semblent avoir choisi des lieux moins visibles et donc plus clandestins et se montrent peu disposés à révéler l'emplacement des lieux qu'ils investissent, y compris aux équipes de réduction des risques. Ceci rend le travail de prises de contact plus difficile pour les équipes mobiles et par conséquent accroît la marginalisation de cette population et son éloignement des interventions qui lui sont destinées.

Multiplication des lieux de trafics et des modalités d'approvisionnement du crack

Une large partie des trafics de crack en Ile-de-France se déroule dans le nord-est parisien, secteur « traditionnel » de la revente de crack dans cette région. De l'avis des usagers observateurs mobilisés dans le dispositif parisien, le crack aurait été très disponible en 2005. Cette situation serait due en partie à la multiplication des lieux de vente. De nombreux lieux de vente auraient simultanément eu une activité conséquente (Château-Rouge, Stalingrad, Strasbourg-Saint-Denis, Belleville, Portes de Saint Ouen, de Clignancourt, de la Villette, etc.). Parallèlement à cette multiplication des lieux de trafics de crack en 2005, différents

observateurs de TREND Paris signalent la poursuite du changement dans l'organisation du trafic de crack, déjà amorcée l'année précédente. Si auparavant, les revendeurs de crack étaient essentiellement des hommes d'origine africaine (les « modous »), le trafic de crack au détail pratiqué par de jeunes hommes de certains quartiers parisiens serait quantitativement de plus en plus important. Ces revendeurs, souvent plus jeunes que les acheteurs, anciennement revendeurs de cannabis, se seraient mis à vendre du crack car ce « marché » serait plus lucratif que celui du cannabis. Compte tenu de ces évolutions, on peut noter aussi une plus grande diversité des modalités d'approvisionnement. Le crack pourrait désormais être acquis dans la rue, par le système de rabattage associant usagers et « modous », toujours dans la rue, auprès de jeunes habitant le quartier, dans le métro, directement auprès des « modous », à la suite d'un rendez-vous pris ou encore dans des squats qui sont à la fois des lieux d'habitation, de consommation, de *deal* et de prostitution.

Dans l'espace festif

Espace festif gay : des consommations importantes de cocaïne, poppers, ecstasy, GHB, kétamine, médicaments détournés, etc., … mais le crystal reste invisible

Les observations conduites dans les lieux festifs gays montrent des consommations importantes de psychotropes. Outre l'alcool largement répandu, les principaux produits consommés par les hommes fréquentant l'espace festif gay seraient l'ecstasy et la cocaïne (en nette progression depuis l'été 2005) ainsi que le poppers. Viendraient ensuite le GHB puis, plus rarement, la kétamine. L'enquête Baromètre Gay 2005 réalisée par l'InVS en Ile-de-France auprès des clients d'établissements gays commerciaux, dont plus de la moitié offrent la possibilité d'échanges sexuels (sauna, backroom), confirment l'importance des consommations de produits psychoactifs. Les observations conduites dans le cadre du dispositif TREND Paris permettent également de noter que les consommations de stimulants (ecstasy et cocaïne) sont fréquemment associées à celles de médicaments détournés, indiqués pour des troubles de l'érection, utilisée dans le cadre d'échanges sexuels. Parmi les hommes fréquentant l'espace festif gay, l'usage de produits utilisés dans une recherche de « performances sexuelles » (produits stimulants, désinhibants, vasodiladateurs, etc.) constitue une des caractéristiques des consommations de produits psychotropes, notamment le poppers, le GHB, la kétamine et les médicaments

détournés. La désinhibition et l'euphorie que peut entraîner l'usage associé de certains de ces produits pourraient favoriser des comportements sexuels à risque face au VIH/sida et aux autres IST, dans un contexte de relâchement des comportements de prévention parmi les homosexuels masculins. Dans ce contexte, l'intérêt important, dans l'espace festif gay, suscité par le crystal, une métamphétamine ayant des effets stimulants sexuellement et produisant une désinhibition importante, apparaît préoccupant, même si, comme en 2004, aucune visibilité du produit n'a pu être relevée en Ile-de-France (aucun témoignage direct de consommateurs, de revendeurs ou d'acheteurs, aucune saisie, aucune collecte de crystal dans le cadre de SINTES malgré des analyses effectuées sur des produits vendus comme étant du crystal).

Visibilité toujours en hausse dans le dispositif de première ligne et de soins d'usagers issus du milieu festif techno ou punk

Depuis environ deux ans, les usagers de produits psychoactifs fréquentant les espaces festifs *underground* techno ou punk (*teuffeurs, travellers, etc.)* apparaissent de plus en plus visibles, tant dans les structures de réduction des risques ou de soins non liées à l'espace festif que dans les espaces publics de la ville (abords des gares, places dans certains quartiers, etc.). La diversité des produits consommés par ces usagers (alcool, cannabis, Skénan®, Subutex® et médicaments anxiolytiques détournés, héroïne, cocaïne, crack, ecstasy, amphétamines, LSD, kétamine, etc.) et le recours privilégié à la voie injectable pour certains d'entre eux (notamment le Skénan®, l'héroïne, la cocaïne et dans une moindre mesure les amphétamines) constituent une des caractéristiques des consommations de cette population. Ces usagers semblent, d'après les observations, avoir des pratiques d'injection présentant davantage de risque infectieux que ceux des usagers injecteurs de l'espace urbain, peut-être du fait de leur plus jeune âge et de leur éloignement plus important du dispositif de réduction des risques dû à la volonté de cette population de se différencier des autres groupes d'usagers de drogues marginalisés de l'espace urbain. En 2005, cette population semble néanmoins davantage fréquenter les dispositifs spécialisés (première ligne et soins) qu'auparavant, nécessitant que les équipes des structures adaptent des réponses aux caractéristiques spécifiques de cette population (polyconsommation importante, peu de demandes sociales de la part de ces usagers, forte mobilité limitant un suivi, faible connaissance qu'ont les intervenants des structures de réduction des risques des usages de drogues de synthèse, mode de vie communautaire et conditions de vie parfois extrêmement précaires des usagers, etc.).

Tendance à la diversification des caractéristiques des usagers de kétamine

La kétamine est un produit d'anesthésie générale. Son usage détourné reste relativement rare, le produit est assez peu disponible, y compris dans les espaces festifs fréquentés par les consommateurs de ce produit, et serait revendu au sein de réseaux très confidentiels. Comme en 2003 et en 2004, deux groupes d'usagers de kétamine peuvent être distingués : ceux issus du milieu festif techno de type *underground* (free parties et teknivals), en particulier apparentés à la sous-culture hardcore ou hardtek et les hommes fréquentant l'espace festif gay. Néanmoins, comparé aux années précédentes, les observateurs signalent de « nouveaux » groupes d'usagers de kétamine qui ne rechercheraient pas les effets de dépersonnalisation entraînés par des consommations importantes de kétamine mais les effets plus euphorisants (proche de l'ivresse alcoolique) pouvant être obtenus par des quantités consommées plus faibles de produit. Ces consommateurs ont été décrits comme de « jeunes branchés » fréquentant les clubs et les discothèques et le produit, perçu par ces usagers comme assez anodin, puisqu'étant un produit pharmaceutique, serait considéré comme « le produit à la mode ».

Les observations recueillies à Paris en 2005, dans le cadre du dispositif TREND, montrent des évolutions sensibles. D'une part, une diversification des caratéristiques des consommateurs peut être notée en ce qui concerne certains produits (cocaïne, ecstasy, héroïne, Subutex® détourné, kétamine, etc.), indiquant la poursuite de la diffusion de leur usage dans de nouveaux groupes. D'autre part, les observations témoignent d'un éloignement du dispositif de réduction des risques de certains des usagers parmi les plus désinsérés (usagers de crack évacués des squats en 2004, revendeurs de médicaments détournés), contribuant à accroître davantage encore leur marginalisation et leur précarisation sociale et sanitaire. Enfin, parallèlement à ce phénomène, une visibilité de plus en plus marquée est observée, dans les structures de réduction des risques ou de soins, de nouveaux groupes d'usagers, notamment de migrants récemment arrivés en France ou d'usagers de drogues issus du milieu festif (teuffeurs, travellers, etc.).

Cette diversification croissante des caractéristiques des usagers, des produits consommés et des contextes de consommation nécessitent de renforcer l'adaptation des dispositifs de prévention et de soins, afin qu'ils puissent apporter des réponses appropriées permettant de prendre davantage en compte ces évolutions.